FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par M. P. HADENGUE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Né à Paris, le 24 janvier 1883.

TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE

DES SYCOSIS SIMPLES ET PARASITAIRES

Président : GAUCHER, professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N...
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilb. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	RECLUS. SEGOND. QUÉNU. Pierre DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM. BALTHAZARD	MM. DESGREZ	MM. LECÈNE	MM. OMBRÉDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (And.)	GUÉNIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET (A.)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

Le Docteur JOMIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

CHEF DE CLINIQUE ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A LA MÉMOIRE

du Docteur P. MERKLEN

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

(Mon premier Maître dans les Hôpitaux, 1903-1904)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

A Monsieur le Docteur BROCQ

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

(Externat, 1908-1909. — Thèse, 1911)

A Monsieur le Docteur BELOT

CHEF DU LABORATOIRE DE RADIOTHÉRAPIE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR BROCQ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur **LE GENDRE**

médecin de l'hopital lariboisière

(Externat, 1909-1910)

Monsieur le Docteur **LABADIE-LAGRAVE**

médecin de l'hopital de la charité

(Externat, 1907-1908)

Monsieur le Docteur **TISSIER**

médecin-accoucheur de l'hopital de la charité

(Stage, 1910)

Monsieur le Professeur **DEBOVE**

(Stage, 1906-1907)

Monsieur le Docteur **BAZY**

chirurgien de l'hopital beaujon

(Stages, 1905-1906-1907)

Monsieur le Docteur **BRAULT**

membre de l'académie de médecine

médecin de l'hopital lariboisière

(Stage, 1905-1906)

A Messieurs les Docteurs **RIST, RATHERY, CAPDEPONT, PAUTRIER, FAGE, P. FERNET**

A Monsieur **SCHALLER**

photographe du service de Monsieur le Docteur BROCQ

à l'obligeance et au talent duquel nous devons les photographies reproduites dans ce travail.

INTRODUCTION

La radiothérapie, grâce aux perfectionnements qu'elle comporte aujourd'hui, peut être considérée comme un agent curatif de tout premier ordre.

Les remarquables travaux entrepris en France et à l'étranger ont montré tout ce que l'on était en droit d'attendre d'elle, pour le traitement des affections cutanées.

L'idée d'appliquer les rayons X au traitement des Folliculites et des Sycosis de la barbe et de la moustache, n'est pas nouvelle. Mais si les expérimentateurs furent nombreux, les résultats semblèrent parfois contradictoires et variés.

Les dangers d'opérer sur une région particulièrement sensible à l'action des rayons, la détermination souvent délicate de la dose utile, les récidives fréquentes, devinrent la cause d'hésitations nombreuses.

D'autres opérateurs, au contraire, émerveillés des résultats obtenus, considérèrent les rayons X comme la seule thérapeutique rationnelle, et l'employèrent à l'exclusion de toute autre médication.

L'insuffisance du matériel, au début, les différentes techniques employées, dans la suite, expliquent, croyons-nous, les divergences très grandes accusées par les divers auteurs.

Pour nous rendre compte de ces faits, nous avons entrepris, sous la direction de M. le Dr Belot, le traitement d'un certain nombre de malades atteints de Folliculites et de Sycosis simples ou parasitaires. Les résultats que nous avons obtenus nous ont paru assez intéressants pour faire l'objet de ce travail.

Après avoir brièvement esquissé, à titre de rappel, les moda-

lités cliniques de ces affections, nous décrirons les divers traitements médicamenteux que peut actuellement leur opposer la thérapeutique dermatologique.

Nous résumerons rapidement les intéressants résultats apportés par la mise en œuvre des agents physiques, nous réservant d'insister plus particulièrement sur la *Radiothérapie*, but de notre étude.

Nous prions notre maître, M. le Dr Brocq, de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance, heureux de pouvoir le remercier ici de l'intérêt bienveillant qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nous adressons à M. le Dr Belot, pour son aimable accueil, pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués chaque jour et qui nous ont permis d'entreprendre ce travail, l'expression de notre respectueuse et très vive gratitude.

TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE

DES SYCOSIS SIMPLES ET PARASITAIRES

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

Avant d'aborder les diverses considérations théoriques et pratiques d'un processus thérapeutique, il est utile de s'entendre et de bien préciser la nature et l'aspect du terrain pathologique sur lequel portera tout l'effort du traitement.

Nous résumerons donc en quelques lignes les caractères distinctifs et les diverses modalités cliniques des Sycosis et des Folliculites des régions velues de la face, tels qu'ils ont été classés et décrits par notre maître, M. le Dr Brocq, dans son remarquable *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*.

Nous comprendrons dans cette classification deux grandes classes d'affections cutanées très différentes de par la nature même de leur agent causal, mais qui, par leurs aspects cliniques, leurs symptômes et surtout par certains éléments de leur traitement, méritent d'être rapprochées.

L'une comprendra les Folliculites microbiennes, ordinairement staphylococciques, observées au niveau de la barbe et de la moustache : l'autre, les affections parasitaires, le plus souvent trichophytiques, intéressant les mêmes régions.

A. Les Folliculites suppurées de la barbe et de la moustache.

Ces affections qui appartiennent au groupe des staphylococcies cutanées, sont caractérisées (Brocq) :

« 1° Par la présence certaine ou probable du Staphylocoque doré, comme agent pathogène ;

« 2° Par une suppuration péri-pilaire. »

On peut, avec M. Brocq, faire rentrer dans ce groupe les formes morbides suivantes :

1° Folliculites pustuleuses orificielles (type impétigo de Bockhart).

Variétés cliniques : *a*) disséminées ; *b*) agminées.

2° Folliculites pustuleuses orificielles avec envahissement profond des tissus (type clinique du Sycosis).

3° Folliculites atrophiantes ou destructives du follicule pileux.

Ce groupe renferme un certain nombre de variétés cliniques : une seule nous intéresse ici particulièrement. Elle a été décrite pour la première fois en 1888, par M. Brocq, sous le nom de *Sycosis lupoïde*.

Elle se caractérise :

« 1° Par un processus inflammatoire folliculaire et périfolliculaire ;

« 2° Par une destruction complète de la papille pileuse, donnant lieu à une alopécie définitive ;

« 3° Par la formation ultérieure d'un tissu ayant plus ou moins l'apparence de cicatrice ;

« 4° Par une certaine tendance qu'ont les lésions à s'agminer et à se grouper. »

Nous ne nous étendrons pas sur les caractères cliniques de ces affections : nous les supposons connus. Nous dirons simplement, qu'au point de vue topographique, on distingue ordinairement les variétés suivantes :

a) *Type bi-latéral* symétrique, occupant latéralement les deux joues, et s'étendant plus ou moins vers les régions sous-maxillaire, sus-hyoïdienne et le menton.

b) *Type médian*, correspondant à « l'impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure » et reconnaissant ordinairement une origine nasale.

c) *Type mixte*, combinaison des deux types précédents.

B. Sycosis parasitaire. Trichophyties de la barbe.

Ce groupe comprend un certain nombre de variétés, qui dépendent le plus souvent de l'agent parasitaire :

1° Trichophyties :

a) *Kerion de Celse* (Sycosis nodulaire trichophytique) ordinairement d'origine équine (T. gypseum).

Types cliniques : Sycosis tuberculeux, Kerion, Sycosis phlegmoneux.

b) *Trichophytie de la barbe en forme de kératose pilaire*, ordinairement d'origine aviaire (T. rosaceum).

c) *Trichophytie de la barbe à forme humide pseudo-impétigineuse*, à trichophyton d'une variété analogue au T. cratériforme.

d) *Trichophytie de la barbe à forme de tondante trichophytique banale*, due au T. acuminatum et rosaceum.

2° Favus :

Sycosis favique. Types cliniques : S. tuberculeux, S. en plaques. (E. Besnier et Doyon.)

Telles sont, brièvement résumées, les diverses affections sur la thérapeutique desquelles nous nous étendrons dans ce travail. Nous les supposons connues et diagnostiquées, de par leurs caractères cliniques ; l'examen direct des poils au microscope et la culture, venant, en cas de besoin, confirmer tout diagnostic hésitant.

CHAPITRE II

PROCÉDÉS THÉRAPEUTIQUES

Nous grouperons dans ce chapitre les divers procédés thérapeutiques en usage dans les traitements des sycosis et des folliculites.

A. *Dans le sycosis simple staphylococcique* et les diverses variétés de folliculites :

1° Le traitement local par les agents médicamenteux et les topiques;

2° L'hygiène générale et le traitement interne, comprenant la sérothérapie et la vaccinothérapie;

3° Les agents physiques, en en exceptant la radiothérapie, à laquelle nous consacrons un chapitre spécial.

B. *Dans le sycosis parasitaire* et les diverses variétés de trichophyties :

Le traitement local par les topiques et les agents médicamenteux.

Ces procédés sont nombreux : quelques-uns même, en usage depuis fort longtemps. Nous n'avons pas la prétention de faire ici leur exposé complet. Nous nous sommes arrêté aux plus récents, à ceux qui nous ont paru donner les meilleurs résultats, et qui sont pour la plupart employés dans les différents services de l'hôpital Saint-Louis. Il est utile de les bien connaître, et de savoir les pratiquer, pour l'aide efficace qu'ils apportent au traitement radiothérapique. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet au chapitre suivant.

A. Sycosis simple staphylococcique. Folliculites.

1° TRAITEMENT LOCAL PAR LES AGENTS MÉDICAMENTEUX ET LES TOPIQUES

Principes généraux. — Si l'inflammation est tant soit peu vive, si la lésion est recouverte de croûtes et de squames, on devra faire usage de topiques émollients.

On coupera tout d'abord les poils ras aux ciseaux courbes, le rasoir étant sévèrement proscrit dans ces affections ; il ne servirait qu'à disséminer l'infection et à faire subir au malade d'inutiles souffrances.

On nettoiera avec soin les surfaces infectées, en faisant tomber squames et croûtes, par des pulvérisations humides effectuées à l'aide d'un appareil de Richardson ou d'un pulvérisateur à vapeur.

On emploiera pour ces pulvérisations de l'eau bouillie simple, ou, mieux, légèrement boriquée. M. le professeur Gaucher préconise l'emploi de la solution suivante, qui lui a donné d'excellents résultats :

Résorcine.	1 gr.
Eau bouillie	100 gr.

Ces pulvérisations peuvent être remplacées par des lotions à l'eau boriquée ou des pansements humides souvent renouvelés.

Ces moyens suffisent ordinairement; si les croûtes étaient trop épaisses et adhérentes, on pourrait les ramollir par des applications d'huile d'amandes douces, suivies de légers savonnages à l'eau tiède à l'aide d'un savon boriqué.

Quand les surfaces malades sont nettoyées, si l'irritation persiste encore trop vive, elle sera calmée par des applications humides à l'eau de camomille (10 têtes par litre d'eau bouillie), par des cataplasmes de fécule de pomme de terre employés à froid, des ouataplasmes, etc.

L'irritation calmée, on procédera de la manière suivante :

Les pustules et les petits abcès sous-cutanés seront soigneusement ouverts au moyen d'une aiguille flambée, ou, mieux, au

galvanocautère. Ils seront vidés, et chacun d'eux, touché avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent, avec un peu de teinture d'iode, de Néol pur, ou, ce qui est préférable, avec de l'eau d'Alibour pure, ou coupée, suivant la tolérance du malade, de 2 à 6 fois son volume d'eau bouillie.

On peut encore ouvrir les pustules en arrachant à la pince le poil qui les centre.

L'épilation complète, qui, dans les cas intenses, paraît le seul mode de guérison possible, n'est guère praticable à la pince. Elle est douloureuse, et par trop longue à exécuter si les lésions sont étendues. La radiothérapie seule, comme nous le verrons plus loin, peut obvier à ces inconvénients.

De nombreux topiques ont été employés au cours du traitement des folliculites et du sycosis : nous nous bornerons à citer quelques formules générales.

Mercuriaux. — Pommades au calomel au 1/20 au ou 1/30; au turbith minéral, au 1/30 ou au 1/40; à l'oxyde jaune de mercure, au 1/20 ou au 1/30, etc. M. Brocq a employé avec succès la formule suivante :

Calomel	1 gr.
Oxyde de zinc	2 gr.
Cérat sans eau frais	20 gr.

En cas d'irritation, alterner avec de la pâte de zinc boriquée ou non.

Sulfureux. — On peut avoir recours aux diverses pommades soufrées usitées dans l'acné ou aux pulvérisations d'eaux minérales sulfureuses.

Nous empruntons le type de pommade suivant au formulaire de M. le Dr Brocq :

Acide salicylique		0 gr. 25
Soufre précipité	ââ	3 gr.
Oxyde de zinc		
Lanoline		5 gr.
Vaseline pure		10 gr.

Topiques divers. — Parmi les préparations qui peuvent encore être employées avec succès, nous citerons : les pommades à base de collargol, sous forme d'onguent de Crédé, par exemple. Ces

préparations sont excellentes : le prix ordinairement très élevé de ces pommades peut seul en limiter l'usage.

L'onguent styrax qui peut s'employer sous la forme suivante (Gaucher) :

Onguent styrax	1 partie.
Huiles d'amandes douces	2 parties.

La pommade boriquée-camphrée :

Camphre porphyrisé	0 gr. 30
Acide borique	1 gr.
Oxyde de zinc, Lanoline (ââ)	10 gr.
Vaseline	20 gr.

On trouve, en outre, dans le commerce, un certain nombre d'excellentes spécialités sur lesquelles le praticien pourra fixer son choix.

Ces divers topiques seront appliqués dès que la réaction inflammatoire tendra à s'atténuer. On les alternera avec des lotions à l'eau d'Alibour coupée de 3 à 10 fois son volume d'eau bouillie, à l'eau résorcinée au 1/1.000, ou à la liqueur de Van Swieten coupée de la moitié de son volume d'eau.

Goudron de houille brut. — Les merveilleuses propriétés du goudron de houille brut, vis-à-vis de certaines dermatoses, ont été pour la première fois mises en évidence par Dind, de Lausanne.

M. Brocq eut le grand mérite de vulgariser la méthode en France, et, par une série d'études remarquables entreprises dans son service, d'en préciser les indications.

Deux observations publiées en février 1909, par MM. Brocq et P. Fernet, ont signalé les résultats brillants obtenus par cette médication dans les folliculites rebelles et récidivantes de la barbe.

Nous empruntons à M. le Dr Cadoul, qui dans sa thèse inaugurale a entrepris sous la direction de M. Brocq une série d'études cliniques sur le goudron de houille, les quelques lignes suivantes, se rapportant plus particulièrement au traitement des folliculites simples de la barbe :

« Pour obtenir un bon résultat, il faut ouvrir toutes les pustules, laver soigneusement les surfaces malades et faire pendant quelques jours des pansements humides ichtyolés.

« Lorsque les lésions sont bien détergées et nettoyées, on applique le goudron en couche épaisse. On peut obtenir une guérison momentanée, qui devient permanente si le malade a soin de faire des lavages antiseptiques des régions guéries. »

Cette méthode est à la portée de tous les praticiens. Il est facile de se procurer partout du goudron de houille brut provenant directement d'une usine à gaz. On aura soin, comme le conseille M. Brocq, de faire soigneusement laver le goudron, pour le débarrasser des bases caustiques qu'il contient en quantité plus ou moins grande.

Pour ne pas avoir d'ennuis, il faut autant que possible se servir d'un goudron dont l'action topique est connue : on l'appliquera prudemment au début, pour s'assurer de la susceptibilité du malade, et éviter toute réaction violente.

En résumé : il faut appliquer le goudron au pinceau, en dépassant légèrement les surfaces malades. On laissera sécher aussi longtemps que possible, une demi-heure à trois quarts d'heure au minimum. On saupoudrera largement de poudre de talc, et on recouvrira le tout d'un pansement occlusif (toile fine et usée ou gaze à pansements).

Il faudra laisser le goudron sécher et s'écailler de lui-même. On pourra, suivant les nécessités, refaire un nouveau badigeon quatre à cinq jours après le premier, et dans la suite, selon l'état des lésions.

En cas d'urgence, si le goudron était mal supporté, on l'enlèvera au moyen d'un corps gras, avec de l'huile d'amandes douces, par exemple.

Tels sont les éléments de ce traitement que nous avons cru devoir rappeler. Il semble dans certains cas agir plus activement que les topiques habituellement usités : mais les résultats obtenus, très brillants dans diverses dermatoses, sont souvent fugitifs dans les folliculites de la barbe.

Remarque. — Si les principes généraux que nous venons d'énoncer s'appliquent indifféremment à toutes les folliculites de la barbe et de la moustache, le sycosis de la lèvre supérieure type médian nécessite, de par son étiologie habituelle, quelques précautions spéciales.

La première indication comporte l'examen complet du nez par un spécialiste. Le plus souvent, il existe une rhinite catarrhale

antérieure, à évolution chronique, avec poussées passagères; elle se traduit par l'éclosion d'un sycosis rebelle et permanent, ou récidivant avec chaque poussée nouvelle.

On recommandera au malade d'éviter de respirer des poussières malpropres ou irritantes; on proscrira l'usage des mouchoirs en toile de coton, dont les filaments peuvent pénétrer dans les narines et jouer le rôle d'un corps irritant; le malade ne se servira, pour se moucher, que de toile fine et usée.

Localement, on prescrira de faire matin et soir des lavages du nez à l'eau physiologique : dans la pratique, on peut se servir d'eau bouillie dans laquelle on aura fait dissoudre une cuillerée à soupe de sel de cuisine par litre. On se servira pour ces lavages d'un bock ordinaire, accroché à $0^{m},50$. Pendant le lavage, le malade devra respirer la bouche ouverte : il évitera ensuite de se moucher pendant quelques minutes.

Après les lavages, matin et soir, on introduira un peu de la pommade suivante :

Menthol	0 gr. 30
Acide borique	1 gr.
Vaseline	30 gr.

Il sera bon, en cas d'écoulement nasal, d'intercepter toute communication entre les narines et la lèvre supérieure, au moyen de petits tampons d'ouate hydrophile fréquemment renouvelés.

Ce traitement nasal, combiné au traitement local ordinaire du sycosis, suffit dans certains cas pour obtenir la guérison.

Si la rhinite est très accentuée et ne semble pas s'améliorer, un nouvel examen du nez s'impose. Les diverses affections nasales, capables d'entretenir chroniquement les lésions de la lèvre supérieure : pustules folliculaires des narines, fissures, déviations de la cloison, etc., nécessitent de même l'intervention d'un rhinologiste.

M. le Dr Richou, oto-rhyno-laryngologiste du service de M. Brocq, a eu l'amabilité d'examiner les malades que nous traitions pour sycosis rebelles de la lèvre supérieure. Les soins éclairés qu'il leur a prodigués nous ont permis d'entreprendre avec succès, par la méthode que nous préconisons plus loin, le traitement de sycosis parfois très anciens.

2° HYGIÈNE GÉNÉRALE ET TRAITEMENT INTERNE

L'origine nettement microbienne des folliculites suppurées, leur mode de contage externe, semblent à première vue éloigner toute tentative de médication interne.

Il n'en est pas moins vrai que le terrain sur lequel se développent ces lésions semble jouer un certain rôle dans leur évolution. Les arthritiques, les lymphatiques, les goutteux, les diabétiques, par exemple, sont fréquemment atteints de sycosis rebelles et récidivants.

En s'attaquant à l'individu même, en modifiant ses humeurs altérées, en réglementant le jeu de ses organes lésés dans leur fonctionnement, on transformera avantageusement les conditions de résistance locale, permettant ainsi aux divers topiques d'agir avec efficacité.

Nous n'insisterons pas sur ces principes généraux connus de tous les dermatologistes : nous résumerons simplement les principales prescriptions d'hygiène générale.

Hygiène générale. — On s'efforcera de supprimer toutes les causes d'irritation cutanée, telles que le rasoir, les topiques violents, les poussières irritantes, etc...

Le régime du malade, sans être sévère, sera approprié à l'état de ses voies digestives : on supprimera les boissons alcoolisées ou excitantes, les aliments fermentescibles. M. Brocq proscrit particulièrement l'usage des fromages.

Médication interne. — A l'intérieur, l'arsenic, le sulfure de calcium et le sulfure de lithium ont été employés avec succès par divers auteurs.

La levure de bière fraîche, la Staphylase de Doyen donnent parfois d'excellents résultats.

Dans les cas rebelles, le malade retirera le plus grand bénéfice d'une saison à l'une des stations thermales suivantes : la Bourboule, Bagnères-de-Luchon, Barèges, Cauterets, Saint-Honoré-les-Bains, Uriage. Ces eaux seront prises à l'intérieur ou employées localement, en pulvérisations.

Sérothérapie. — Le sérum antistaphylococcique semble donner des résultats inconstants. Le sérum Doyen, qui avait été

précédemment utilisé chez l'un des malades que nous avons eus en traitement, avait néanmoins provoqué une amélioration passagère.

Vaccinothérapie. — Les remarquables travaux de Wright et de Douglas ont été, en Angleterre et en Amérique, le point de départ de ce mode de traitement.

Il existe deux variétés de vaccins injectables, se présentant sous forme d'émulsion microbienne : l'une provient d'une culture de laboratoire, et constitue le stock-vaccin; l'autre provient du malade lui-même.

Les auteurs anglais et américains utilisent, suivant leurs commodités, les vaccins de l'une et l'autre provenance : le stock-vaccin leur est livré tout préparé par les laboratoires de bactériologie, ce qui facilite son emploi.

En France, M. Mauté, qui s'est particulièrement occupé de la question, a mis en doute les qualités curatives du stock-vaccin : il considère l'auto-vaccination seule, comme réellement efficace.

Les injections sont pratiquées sous le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse. Nous n'insisterons pas sur la technique à suivre, très délicate, et nécessitant une expérience personnelle que nous n'avons pas.

Nous nous bornerons à signaler l'opinion récente de quelques auteurs ayant utilisé ce mode de traitement dans les staphylococcies cutanées, et dans le sycosis en particulier.

Sellei, à Vienne, accorde au vaccin une action indéniable, mais très irrégulière. La furonculose seule semble particulièrement bénéficier de cette médication.

En Amérique, Engman utilise le vaccin dans les affections cutanées à microbes spécifiques. Vingt-six cas de folliculites et douze cas de sycosis ainsi traités ont été plus ou moins améliorés : mais comme Sellei, Engman n'a véritablement obtenu de remarquables résultats que dans certaines variétés d'eczéma et dans la furonculose rebelle.

G. Gilchrist conseille l'emploi du vaccin, si l'affection résiste aux médications habituelles.

Harwey-Towle et G. Lingenfelter se montrent encore plus réservés : ils estiment que les succès obtenus ne sont pas encore assez décisifs pour détrôner et faire abandonner les anciennes

méthodes thérapeutiques. Ils ne voient dans la vaccinothérapie qu'un adjuvant parfois utile, mais non spécifique.

Au XXXIV[e] Congrès des Dermatologistes américains (Washington, 3 et 5 mai 1910) où la discussion fut reprise, les avis ne furent pas moins partagés : des récidives nombreuses et de fréquents échecs furent signalés par divers expérimentateurs.

En France, tout récemment, M. Renaud-Badet a néanmoins obtenu la guérison rapide de sycosis de la barbe par les vaccins autogènes.

Il est, on le voit, encore difficile de se faire une opinion exacte de la valeur de cette méthode encore nouvelle, et dont la technique est délicate; perfectionnée et mise à la portée des praticiens, elle deviendra peut-être, sinon le traitement spécifique rêvé, du moins l'auxiliaire précieux de la thérapeutique usuelle.

3° AGENTS PHYSIQUES

Cautérisation ignée. — La pointe fine d'un thermo-cautère, ou mieux d'un galvano-cautère, rendra les plus grands services au cours du traitement du sycosis et des folliculites.

Au début, toutes les collections purulentes, pustules, petits abcès, seront ouverts et vidés soigneusement. Dans la suite, quand les topiques employés auront en partie nettoyé les surfaces malades, on s'appliquera à détruire, au fur et à mesure de leur apparition, les pustules nouvelles. Ainsi « on détruit les germes pyogènes, on prévient les réinoculations, et on réussit avec de la persévérance à arrêter l'évolution du processus infectieux ». (L. Brocq.)

Scarifications. — Le scarificateur habilement manié peut être employé avec efficacité dans certains cas de sycosis, et en particulier dans le sycosis de la lèvre supérieure.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les quelques lignes suivantes empruntées à M. Brocq, qui, dans son livre sur le *Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques*, résume ainsi le manuel opératoire qu'il emploie :

« Quand la maladie a résisté aux moyens ordinaires, aux applications antiseptiques combinées à l'épilation, quand surtout il existe un épaississement notable des téguments, on retire de

très bons effets des scarifications, soit ponctuées, soit linéaires, quadrillées, plus ou moins profondes, suivant le degré de l'infiltration. Il est difficile de fixer d'avance la profondeur à laquelle doit pénétrer l'aiguille; la règle est d'aller aussi loin qu'on peut le faire sans s'exposer à diviser toute la hauteur du derme, ce qu'il faut éviter, pour n'avoir pas de cicatrices apparentes.

« Après l'hémostase, je conseille de faire une lotion antiseptique à l'eau boriquée, puis d'appliquer, dans l'intervalle des séances, de l'emplâtre rouge d'E. Vidal, et même de l'emplâtre de Vigo, s'il est bien supporté.

« On refait une séance tous les huit jours, jusqu'à ce que la partie médiane de la lèvre soit suffisamment assouplie. »

A défaut de la radiothérapie, les scarifications peuvent être avantageusement employées pour le traitement du sycosis lupoïde.

Electrolyse. — L'électrolyse a été, croyons-nous, rarement utilisée seule, au cours du traitement des sycosis. On ne peut songer à l'employer pour obtenir l'épilation rapide des vastes surfaces à traiter.

Elle peut être utile, et M. Brocq en conseille l'emploi, pour parachever les résultats obtenus par les scarifications : quelques séances permettent alors d'obtenir rapidement la souplesse des téguments traités.

Quelques auteurs ont employé, en vue du traitement actif de certaines dermatoses, des électrodes attaquables, en métaux tels que le cuivre et l'argent : les oxy-chlorures caustiques, formés autour de ces électrodes, au sein même des lésions, lors du passage du courant, leur semblaient capables d'agir favorablement.

Nous n'avons pu retrouver de documents relatifs au traitement du sycosis.

Photothérapie. — M. Leredde a signalé quelques succès obtenus par la photothérapie dans le traitement des sycosis rebelles.

Plus récemment, à l'étranger, la lampe de Kromayer a été préconisée contre les folliculites de la barbe. Nous ignorons quel peut être ici le processus curatif : les propriétés actiniques de ces rayons n'ont aucune action sur la chute des poils : elles pro-

voquent peut-être une certaine amélioration par suite de phénomènes irritatifs? Leur action bactéricide ne semble pas en cause.

B. — Sycosis parasitaire. Trichophyties.

Le traitement local varie légèrement suivant que la trichophytie est suppurée ou non.

Kérion de Celse. — En présence de cette affection ou de folliculites suppurées plus ou moins agminées, on devra tout d'abord nettoyer avec soin les parties malades : il faudra, au moyen de pulvérisations, de lotions émollientes ou d'enveloppements humides, faire disparaître les squames et les croûtes qui s'enchevêtrent souvent à la surface de la lésion.

Nous n'insisterons pas sur la technique à suivre, déjà décrite précédemment à propos du traitement des folliculites simples.

Pour les lotions et les pansements humides, nous avons employé la solution iodo-iodurée suivante :

Iode métallique	0 gr. 50
Iodure de potassium	2 gr.
Eau distillée	500 gr.

Plus ou moins étendue d'eau bouillie, cette solution antiparasitaire, peu irritante, de toxicité faible et facile à employer, nous a semblé d'une efficacité remarquable. Il faut, en effet, se méfier ici « des applications médicamenteuses violentes et intempestives » (Sabouraud).

Les lotions et enveloppements humides seront continués aussi longtemps que l'inflammation et l'irritation rendront nécessaire cette médication.

Entre temps, les poils de la région et des régions voisines seront coupés ras aux ciseaux courbes : au niveau des follicules suppurés on épilera à la pince. Les abcès folliculaires plus profonds seront ouverts avec la pointe fine du galvanocautère.

Lorsque les phénomènes inflammatoires seront moins intenses, et selon la susceptibilité du malade, on pratiquera journellement ou tous les deux jours, des badigeonnages à la teinture d'iode, diluée au 1/2, au 1/4 ou au 1/10 dans l'alcool à 60 degrés. La

teinture d'iode pourra ultérieurement être alternée avec des applications de pommade boriquée camphrée.

Trichophyties non suppurées. — Ici, plus encore que pour les formes précédentes, la radiothérapie constituera le traitement de choix. A son défaut, on épilera avec soin les régions malades, en dépassant largement leurs limites (d'un centimètre au moins), de manière à séparer les points malades des parties voisines saines, par une zone glabre. L'épilation sera poursuivie jusqu'à guérison complète.

Comme précédemment, l'on procédera à des badigeonnages de teinture d'iode diluée, ou à des applications de vaseline iodée (de 1/30 à 1/100 selon la tolérance du malade). Quelques auteurs ont signalé les bons effets obtenus par l'acétone iodé.

Tels sont les éléments du traitement médicamenteux des trichophyties de la barbe. Nous ne citerons que pour mémoire les différents topiques encore employés par divers dermatologistes : les lotions au sublimé, les pommades soufrées, le naphtol camphré, les pommades au turbith minéral, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre rouge de Vidal, les emplâtres à l'acide salicylique, à la créosote, etc... Il ne semble pas, dit M. Brocq, que l'on ait fréquemment intérêt à les employer.

CHAPITRE III

RADIOTHÉRAPIE

Les divers procédés thérapeutiques dont nous venons de faire l'exposé succinct, peuvent donner et donnent souvent de remarquables résultats entre les mains d'opérateurs judicieux, s'appliquant à lutter contre les minuscules et multiples foyers d'infection folliculaire, à limiter leur marche extensive par l'épilation, combinée aux divers agents antiseptiques ou antiparasitaires.

Associés aux scarifications et au thermocautère, ils ont constitué pendant longtemps, et constituent encore pour le praticien isolé, loin des ressources thérapeutiques des grandes villes, le traitement de choix des folliculites des régions velues de la face.

La découverte des rayons Röntgen, leur application à la thérapeutique dermatologique, sont venues profondément modifier nos moyens d'action. Les rayons X permettent, en effet, d'agir vite, profondément et sans douleur, de réduire au minimum les interventions thérapeutiques. Ils ont permis d'entreprendre avec succès le traitement des Folliculites récidivantes.

Historique.

Découverts en 1895 par le professeur Röntgen, de l'Université de Wurtzbourg, les rayons X, dont les propriétés dépilantes furent successivement remarquées par un certain nombre d'observateurs, furent expérimentés en 1896, dans un but thérapeutique, par Schiff et Freund, de Vienne.

Vers 1898, Schiff et Freund appliquèrent avec succès ce procédé nouveau au traitement de l'hypertrichose et des teignes.

L'épilation rapide et totale obtenue par cette méthode leur fit entrevoir des horizons plus vastes. Nettement convaincus que dans le sycosis le poil devait jouer dans le follicule infecté le rôle d'un corps étranger, irritant les parois et entretenant l'inflammation, ils irradièrent les régions malades : les résultats obtenus semblèrent confirmer cette hypothèse.

Leurs applications, légères, toujours faites au moyen d'un tube dur, et réparties en un petit nombre de séances, modifièrent profondément les lésions et influencèrent favorablement les phénomènes subjectifs éprouvés par le malade, le prurit en particulier. La réaction inflammatoire étant calmée, des applications de pommade soufrée à 15 ou 20 p. 100 complétaient le traitement.

Dix-sept cas de sycosis traités par Freund jusqu'en novembre 1901 se répartissent ainsi :

Cinq cas guéris, par une seule série d'applications.

Cinq cas, par deux séries d'applications.

Trois cas guéris, par trois séries d'applications.

Un cas guéri, par quatre séries d'applications; soit quatorze cas guéris sur dix-sept traités.

En France, après les premiers travaux d'Oudin et de Barthélemy, MM. Gastou, Vieira et Nicolau obtinrent la guérison d'un malade par épilation totale ayant nécessité onze séances de rayons X. L'affection récidiva, mais fut définitivement enrayée par une nouvelle série d'irradiations.

MM. Belot et Bissérié entreprirent dès 1901, dans le service de M. Brocq, le traitement des sycosis simples et parasitaires. Ne possédant pas encore d'appareils de mesure, ils parvinrent néanmoins à déterminer expérimentalement la dose nécessaire à l'épilation; les séances, pratiquées pendant vingt minutes environ, provoquèrent de rapides améliorations suivies de guérisons.

MM. Sabouraud et Noiré, reprenant les expériences entreprises par MM. Belot et Bissérié, qui leur avaient fait part de leur technique, poussèrent plus avant l'étude de l'action épilatoire des rayons X. Leur technique personnelle et leurs résultats furent publiés par M. Sabouraud, en janvier 1904, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*.

A l'étranger encore, Schultz obtint la guérison complète de sycosis légers. Il signala la récidive fréquente, lors de la repousse des poils, dans la plupart des cas graves évoluant depuis longtemps. Il insiste sur la nécessité d'un traitement prolongé destiné à retarder l'éclosion des poils, et conseille même, dans certains cas, de provoquer l'alopécie définitive.

François, Kienbock, Holzknecht traitent avec succès un certain nombre de sycosis. Ils attirent l'attention sur les sycosis invétérés de la moustache, récidivant malgré les rayons X. La présence d'une rhinite chronique qu'il faudra rechercher et traiter parallèlement, permettra d'agir avec efficacité.

Avec Holzknecht (chromoradiomètre), les notions de mesure se précisent : il devient possible de connaître plus exactement la quantité de rayons qui arrive sur les tissus. Les résultats obtenus par les divers expérimentateurs vont alors prendre une allure vraiment scientifique, et les observations recueillies, un intérêt pratique.

Holzknecht conseille de faire absorber en une séance, à la région malade, des doses variant, selon les cas, de 3 à 5 unités H.

Nous signalerons enfin les résultats obtenus par Williams, Lancashire, Grouven, Gassman et Schenkel, Spiegler, Lion, etc., et en particulier par Ullman, qui conclut à l'efficacité du procédé dans tous les cas de sycosis superficiels, mais refuse aux rayons X la force de pénétration suffisante pour influencer favorablement les formes infiltrées, à extension profonde, avec abcès sous-cutanés.

La radiothérapie appliquée au traitement des sycosis s'est actuellement généralisée : elle a été l'objet de communications nombreuses en France et à l'étranger.

Nous citerons les noms de MM. Béclère, Belot, Bodin, Bormann, Darbois, Fox, Gastou, Méret, Reyn, Sabouraud, Spiegler, etc., qui se sont particulièrement intéressés au côté pratique de la question.

Action des rayons X.

Dans le sycosis trichophytique, point n'est besoin de discuter pour comprendre que l'épilation totale et complète constitue le

seul procédé thérapeutique. Le trichophyton ne s'éliminera qu'avec le poil auquel il adhère.

L'épilation à la pince, pratiquée faute de mieux, est toujours douloureuse et nécessite, si les lésions sont étendues, un temps très long : le risque d'oublier quelques poils malades, accru encore par leur fragilité si spéciale dans cette affection où ils cassent souvent dès la plus minime traction, rend ce procédé très infidèle et peu pratique.

Les rayons X, au contraire, « sidèrent momentanément la papille », selon la remarquable hypothèse de M. Sabouraud : la papille annihilée cesse tout travail, transformant le poil en corps étranger.

« Le doigt de gant épidermique qui le contient, l'élimine alors peu à peu, en s'effaçant au-dessous de lui. Après un temps, un bourgeon épithélial massué se reforme obliquement à la place du follicule atrophié. Son renflement devient une nouvelle papille secrétant un nouveau cheveu. » (Sabouraud.)

En résumé, « en faisant agir les rayons X sur la surface malade, pendant un temps convenable, on produira une épilation plus ou moins parfaite, un arrêt dans la production pilaire, par suite un nettoyage du foyer infecté ». (Belot.)

L'action curative des rayons X s'explique donc ici par leur propriété même : la chute du poil équivaut à l'expulsion du parasite. Il n'en serait plus de même dans le « sycosis favique », affection plus rare, où l'achorion occupe non seulement le poil, mais encore les parois du follicule et son orifice. L'épilation n'aurait d'utilité, dans ce cas, qu'associée à la médication antiseptique et antiparasitaire.

Si l'emploi des rayons X semblait tout indiqué pour lutter contre une affection telle que la trychophytie, leur efficacité vis-à-vis du sycosis simple et des folliculites de la barbe n'avait rien d'évident.

Nous avons vu quelle était à ce sujet l'opinion de Freund, considérant que « par l'épilation, on enlève un corps irritant, entretenant l'inflammation dans le follicule ». Il est hors de doute que la suppression des poils influence favorablement la lésion. Leur extraction, ainsi artificiellement provoquée, détermine l'ouverture des pustules qu'ils centrent, et permet l'évacuation des petites collections purulentes qui se sont collectées dans le follicule.

On serait tenté d'objecter que l'épilation obtenue par toute

autre méthode, au moyen de la pince par exemple, conduit, toutes choses égales d'ailleurs, à des résultats identiques.

Il n'en est rien : Freund, en effet, attribue les qualités si spéciales de l'épilation en radiothérapie, à la durée plus longue de l'alopécie que déterminent les rayons X. Cet arrêt momentané de la production pilaire, qui, au cours du sycosis trichophytique, permet au dernier poil contaminé de s'éliminer avant qu'une repousse précoce ne provoque la contamination des nouveaux poils, semble agir aussi favorablement sur l'évolution des sycosis simples staphylococciques.

Le follicule, débarrassé du poil qui l'irritait et ne lui permettait pas d'évacuer convenablement les germes infectieux qu'il contenait, est tout d'abord largement ouvert à l'action bienfaisante des topiques désinfectants.

Il s'obture ensuite momentanément, créant en quelque sorte une barrière contre toute tentative de réinfection : ce temps de repos, si court soit-il, va lui permettre en outre, avant l'apparition d'un nouveau poil, de se ressaisir et de redevenir apte à lutter, le cas échéant, contre une nouvelle invasion du staphylocoque, hôte habituel de la peau.

L'action utile des rayons X se borne-t-elle ici simplement à supprimer le poil irritant?

« Il faut demander à la radiothérapie ce qu'elle est susceptible de donner. Prenons-la comme agent épilant : même si nous voulons, attribuons-lui une action cicatrisante et résorbante (parfois assez nette) sur les poussées staphylococciques. Mais ne cherchons pas à obtenir la guérison de ces vastes décollements purulents que l'on rencontre quelquefois. Il est faux d'attribuer cette inactivité à un manque de pénétration des rayons. »

Ainsi s'exprime M. Belot dans son *Traité de radiothérapie*.

Nous savons que les expériences de Kienböck ont nettement démontré que les doses de rayons utilisées couramment en radiothérapie ne peuvent avoir aucune action directe sur les bactéries. Il n'en est pas moins vrai que les diverses réactions, d'ordre plus ou moins inflammatoire, provoquées sur les tissus malades, doivent modifier dans une certaine mesure les conditions vitales et le terrain propre à leur développement.

Dans les formes profondes, infiltrées, œdématiées, avec abcès sous-cutanés, on peut encore, contrairement à l'opinion d'Ullman, retirer le plus grand bénéfice de la radiothérapie, si l'on prend

soin d'évacuer, à l'aide du galvanocautère, les collections purulentes, sur lesquelles, évidemment, n'agiront pas les rayons X. L'action résolutive des rayons est ici tout à fait remarquable : quelques auteurs en ont signalé les effets, mais le processus reste encore inconnu.

En résumé, si l'action épilante des rayons Röntgen semble intervenir presque exclusivement dans le processus thérapeutique du sycosis vulgaire, on peut néanmoins fréquemment constater au niveau des tissus irradiés, des phénomènes réactionnels, de nature encore inconnue, dont l'action favorable agit nettement sur l'évolution de l'affection. Si nous ajoutons enfin, que les symptômes subjectifs présentés par le malade, le prurit, les picotements, les sensations pénibles de cuisson ou de tension douloureuse, sont heureusement influencés et disparaissent ordinairement très rapidement, nous aurons ainsi terminé l'exposé succinct de ce que l'on est en droit d'attendre de la radiothérapie.

L'action des rayons X suffit-elle à elle seule pour provoquer la guérison rapide et certaine des sycosis?

M. Méret, de Rouen, semble mettre en doute l'efficacité de toute autre thérapeutique. Il considère les applications de pommades et les divers topiques habituellement usités, comme parfaitement inutiles au cours du traitement radiothérapique.

MM. Belot et Darbois (1) se sont élevés contre cette affirmation qui leur a paru par trop générale. Sans doute, la radiothérapie, dans quelques cas rares, bien limités, avec peu de tendance à l'extension, suffit à elle seule pour déterminer la cessation des phénomènes morbides. Mais dans la plupart des cas, son action, mécanique avant tout, a besoin d'être secondée. Un traitement combiné, radiothérapique et médicamenteux, permet seul d'obtenir un résultat satisfaisant.

Nous avons d'ailleurs systématiquement adopté cette ligne de conduite, la seule rationnelle, et nous exposons plus loin la technique à laquelle nous nous sommes arrêté.

Préparation du malade.

Le plus souvent le malade se présente à la consultation, porteur d'une lésion déjà ancienne, enflammée ou irritée par

(1) Société de Radiologie médicale de Paris, séance du 11 janvier 1910.

divers topiques, avec des squames, des croûtes plus ou moins épaisses, des pustules en activité, parfois de véritables collections purulentes superficielles ou sous-cutanées.

Avant toute application de rayons X, il est indispensable de nettoyer les surfaces sur lesquelles l'on veut agir. Les pansements humides à l'eau bouillie ou à l'eau d'Alibour diluée, dans le cas de folliculites simples, avec la solution iodo-iodurée, dans les trichophyties, permettront, comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, d'obtenir une amélioration notable des phénomènes inflammatoires et de provoquer la chute des squames ou des placards croûteux.

Un pansement humide appliqué pendant vingt-quatre heures suffit parfois : dans quelques cas, ces applications devront être répétées pendant quelques jours. On peut avec avantage remplacer ou combiner les pansements humides avec les pulvérisations.

Les poils de la barbe ou de la moustache seront coupés aux ciseaux courbes : les collections purulentes ouvertes avec la pointe fine du galvanocautère.

En résumé, l'on devra mettre à l'œuvre, avant toute application radiothérapique, tous les procédés capables de permettre aux rayons d'agir sur une surface pas trop irritée, et débarrassée de sa carapace croûteuse.

Appareillage.

Le laboratoire de radiothérapie du service de M. Brocq, actuellement sous la direction de M. Belot, possède un outillage de tout premier ordre permettant de traiter utilement les malades avec le maximum de garanties possible.

Nous empruntons à l'excellente thèse de notre collègue et ami le Dr Gouin (1), la description sommaire de l'installation avec laquelle nos applications radiothérapiques ont été faites :

« Nous disposons à Saint-Louis du courant fourni par l'usine de l'Hôpital : il est du type continu (110 volts, 220 distributeurs à trois fils).

« L'appareillage que nous avons utilisé est la crédence de Gaiffe : nous ne décrirons pas ce modèle.

(1) Dr J. Gouin : Acné chéloïdienne de la nuque. *Thèse*, Paris, 1911.

« Disons simplement qu'elle comporte une bobine à isolement spécial, donnant une étincelle de 30 centimètres, et un interrupteur-turbine, grand modèle (Gaiffe) à jet de mercure et à diélectrique gaz. Sur un tableau sont groupés les différents appareils de réglage et de mesure d'intensité : rhéostat et ampèremètre pour la bobine : rhéostat pour augmenter ou diminuer la vitesse de l'interrupteur.

« Les rayons que nous utilisons marquent l'échelle radiochromométrique de Benoist n° 7 environ. Cette détermination est faite avec la bonnette radiochromométrique qui permet une lecture rapide en plein jour.

« L'étincelle équivalente, mesurée au spintermètre de notre appareil, est d'environ 13 centimètres : dans ces conditions, l'intensité sur le secondaire oscille entre 6 et 8 dixièmes de milliampère; sous 110 volts, la consommation au primaire ne dépasse pas 4 à 6 ampères.

« Les mesures de quantité faites à l'aide de la pastille Sabouraud-Noiré, montrent qu'à 15 centimètres de l'anticathode l'unité est obtenue en deux minutes.

« Comme des mesures quotidiennes répétées pour chaque malade deviendraient rapidement fastidieuses, nous avons noté très exactement la valeur des constantes électriques avec lesquelles nous avions obtenu les chiffres précédents. Il nous suffit donc de rester toujours dans les mêmes conditions électriques, pour qu'avec un même tube et à la même distance nous ayons une même quantité de rayons X d'égale qualité.

« Les variations du milliampèremètre nous suffiront pour maintenir constamment le tube au même régime.

« Enfin, le spintermètre est là pour rappeler notre attention par son étincelle bruyante, dans le cas où nous nous éloignerions de l'appareil.

« Pour plus de sécurité, les mesures sont reprises de temps à autre : nous n'avons jamais constaté, du reste, que des variations insignifiantes. »

Technique.

Nous avons vu précédemment que la plupart des auteurs considèrent l'épilation complète des régions malades, comme le

premier résultat à obtenir au cours du traitement des folliculites et des sycosis.

L'irritation ayant disparu ou s'étant fortement atténuée sous l'influence des applications humides, et les pansements ayant provoqué la chute des croûtes, on peut alors soumettre le malade à l'irradiation.

La face constitue, comme on le sait, une des régions les plus sensibles de l'organisme à l'irritation des rayons X. La susceptibilité des différentes parties de la face est elle-même variable : les joues supportent, sans réaction notable, des doses moyennes ; la lèvre supérieure est douée d'une susceptibilité plus grande ; les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire paraissent encore plus sensibles.

La réaction irritative se produit encore plus facilement quand les tissus sont déjà irrités par eux-mêmes.

Si nous voulons obtenir d'emblée l'épilation, il nous faut d'autre part employer des doses variant de 4 à 5 H ; fréquemment même, la dose de 4 H paraît insuffisante, comme en témoignent le grand nombre de poils ayant échappé à l'action des rayons.

Le problème se pose donc ainsi : faire absorber d'emblée la dose épilante sans obtenir une réaction trop intense du côté de la peau.

L'aspect des lésions doit déterminer la ligne de conduite : une dose, même très faible, appliquée sur des tissus irrités, peut provoquer la réaction la plus intense, sans la plus petite ébauche d'épilation. Il est donc plus sage de n'agir que sur des surfaces améliorées par un traitement local, et en état de supporter la dose plus forte, nécessaire à l'épilation.

D'une manière générale, sur les conseils de M. Belot, nous avons appliqué d'emblée la dose jugée nécessaire à l'épilation, soit 5 H (rayons 6 à 7 du radiochromomètre Benoist). La région à traiter étant placée à 15 centimètres de l'anticathode, il nous fallait dix minutes, avec l'installation dont nous disposions, pour obtenir l'absorption des 5 H prescrits.

Cette dose de rayons a été admirablement supportée par tous nos malades : chez quelques-uns d'entre eux, elle a pu être portée, sans inconvénients, à 5 H 1/2.

Il est inutile de faire remarquer qu'il serait dangereux de faire absorber à des tissus irritables une dose de rayons plus forte.

Dans le cas rare, mais néanmoins possible, où l'on aurait à pratiquer le traitement d'une Folliculite de la barbe chez une femme atteinte d'hypertrichose de la face, la dose de rayons demanderait certainement à être réduite (3 H 1/2 à 4 H). On éviterait ainsi toute réaction ennuyeuse du côté de la peau, mais l'on ne pourrait avoir la certitude de provoquer l'épilation, relativement plus difficile à obtenir chez la femme. Nous n'avons d'ailleurs pu procéder à aucune expérience pratique.

Les régions à traiter seront soigneusement délimitées par le crayon dermographique : on aura soin de dépasser largement la limite du mal (1 centimètre environ).

Voici comment nous avons procédé :

Deux cas peuvent se présenter :

1° LA LÉSION EST UNIQUE, PEU ÉTENDUE, BIEN LIMITÉE, CONDITIONS SOUVENT OBSERVÉES DANS LES FOLLICULITES AU DÉBUT.

Le localisateur (avec radiolimitateur) de Belot, employé seul, ou combiné avec l'emploi des lames de plomb ou de caoutchouc opaque, permettent, suivant la forme de la lésion, de limiter l'action des rayons à la partie malade.

Nous ferons rentrer dans cette catégorie de faits, les sycosis localisés à la moustache. Quand la lésion n'atteint que l'une des extrémités, droite ou gauche, de la moustache, on peut se contenter d'irradier la moitié correspondante à la partie malade, la partie saine étant protégée pendant la séance par une lame de plomb.

Si le sycosis siège au niveau de la partie médiane sous-narinaire, il vaut mieux pratiquer d'emblée l'épilation totale de la moustache, divisée en deux secteurs, sur lesquels on appliquera successivement la dose voulue.

2° LA LÉSION OCCUPE UNE GRANDE SURFACE, OU SE COMPOSE D'UN CERTAIN NOMBRE DE PLACARDS ENTRE LESQUELS ON PEUT APERCEVOIR DES PUSTULES ISOLÉES.

Nous distinguerons ici plusieurs éventualités :

a) L'AFFECTION S'EST GÉNÉRALISÉE, ET OCCUPE LES DEUX JOUES, LES MOUSTACHES ET LE MENTON, DÉBORDANT PLUS OU MOINS SUR LES RÉGIONS SUPÉRIEURES DU COU.

L'action des rayons X doit ici porter sur toutes les régions velues de la face. On divisera la surface à traiter en un certain nombre de secteurs sur lesquels on agira successivement.

Il importe de déterminer avec soin le nombre de ces secteurs, en se conformant dans la pratique aux deux lois fondamentales régissant l'intensité des rayons lumineux en général : la loi du carré de la distance et la loi des sinus.

Nous ne nous étendrons pas sur la discussion de ces principes, magistralement exposés par M. Belot, dans son *Traité de Radiothérapie*. Nous rappellerons simplement avec lui « que si l'on veut obtenir sensiblement les mêmes effets en tous les points d'une surface soumise à l'action des rayons X, il ne faut pas que la plus grande dimension de cette surface soit supérieure à la moitié de sa distance au foyer des rayons ».

Que si la surface à traiter est convexe, comme le menton et la région sus-hyoïdienne, par exemple, « on devra restreindre l'étendue des surfaces à traiter, en décomposant les grandes surfaces en petites zones contiguës. On évitera ainsi d'avoir des rayons qui soient simplement rasants pour les limites extrêmes d'une surface convexe, rayons presque inactifs ».

Nous conformant à ces principes, appliqués à l'appareillage dont nous disposions (ampoule Chabaud-Villar de 15 centimètres de diamètre, localisateur et enveloppe protectrice Belot-Gaiffe), appareillage permettant de régler automatiquement nos distances, nous avons déterminé nos secteurs de manière à ne pas dépasser 7 centimètres, comme dimension maximum, l'anticathode se trouvant à 15 centimètres de la surface à traiter. Cette dimension était naturellement beaucoup plus réduite pour les surfaces convexes.

Les secteurs, de formes géométriques variables, étaient en moyenne au nombre de deux pour la moustache, trois pour chacune des joues, deux pour le menton, deux pour la région sus-hyoïdienne, un pour chacune des deux régions sous-maxillaires. Ces chiffres moyens, variant suivant les individus, avec les dimensions et la conformation de la face, et l'étendue des régions pileuses.

Cette façon de procéder, un peu longue peut-être, permet seule, croyons-nous, d'agir méthodiquement et aussi complètement que possible sur les régions à traiter.

Les limites des secteurs seront rigoureusement déterminées

et tracées au crayon dermographique : des lames de plomb disposées sur le pourtour, protégeront bien exactement les parties voisines, pas encore ou déjà traitées. Il faut éviter avant tout qu'une partie quelconque de la peau, si petite soit-elle, ne soit soumise à deux irradiations successives, dans la crainte, souvent justifiée, d'une radiodermite.

Nous en avons d'ailleurs observé un exemple (observ. 2). Il peut arriver, en effet, qu'un mouvement involontaire du malade déplace légèrement, au cours de la séance d'irradiation, l'une des plaques de plomb ou de caoutchouc opaque, qu'il est en général presque impossible de fixer solidement sur des surfaces accidentées. Certains malades, à respiration forte et intense, affligés de tics de la face, ou pusillanimes, et s'agitant dès qu'une étincelle éclate au spintermètre, sont à cet égard très difficiles à traiter. Une surveillance attentive permettra de replacer immédiatement les plaques protectrices en lieu propre.

Mais le glissement de ces plaques peut, dans certains cas, se faire d'une façon progressive et insensible, et lorsque l'opérateur s'en aperçoit, une zone plus ou moins longue et de quelques millimètres de largeur en général, a été découverte et irradiée : il en résultera, si le glissement s'est opéré au profit d'une surface déjà soumise à l'action des rayons X, une nouvelle absorption de rayons. La zone ainsi doublement frappée réagira plus ou moins activement, suivant le temps d'exposition supplémentaire.

Chez notre malade, la constatation de ces phénomènes fut très nette. L'une des plaques protectrices s'étant déplacée à notre insu, il se forma sur la peau de la joue, au bout de quelques jours (huit à dix jours), une radiodermite de forme linéaire, suivant la limite de séparation de deux secteurs voisins. D'une longueur de 5 à 6 centimètres, sur 3 à 4 millimètres de large, cette ligne s'exulcéra : des pansements humides à l'eau bouillie et des applications « d'Ulcérine Berger » amenèrent la cicatrisation rapide.

Pour éviter le retour d'accidents semblables, M. Belot nous a recommandé d'user de l'artifice suivant :

On découpera des bandelettes d'emplâtre de Vidal ou de Vigo, d'environ 1 centimètre de largeur, et à bords bien rectilignes (découper au moyen d'une règle et d'un canif). La proportion de

métaux lourds (plomb et mercure) contenue dans ces emplâtres leur permet de protéger efficacement les régions qu'ils recouvrent.

Ces bandelettes seront appliquées de la manière suivante :

Nous supposerons, pour plus de clarté dans notre description, nous trouver en présence d'une surface destinée à être irradiée et divisée, par exemple, en deux secteurs A et B.

Nous limiterons exactement notre premier secteur par des plaques de plomb protectrices. Si ces plaques se déplacent légèrement vers l'extérieur, au niveau des limites A_1, A_2 ou A_3 des

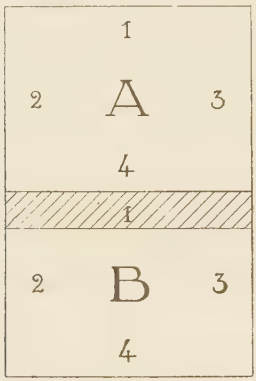

Fig. I.

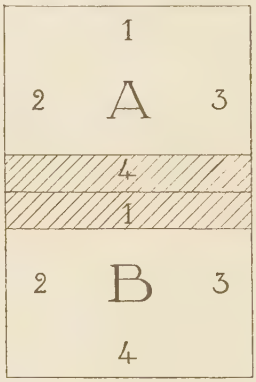

Fig. II.

A et B représentent schématiquement les deux secteurs.
La zone ombrée représente la bandelette d'emplâtre.

secteurs (voir fig. 1), les zones ainsi découvertes subiront pendant un temps plus ou moins prolongé, l'action des rayons; mais la dose ainsi absorbée par elles restera toujours inférieure ou au plus égale à 5 H.

Il n'en est plus de même si le glissement de la plaque protectrice s'opère au niveau de la limite commune $A_4 — B_1$. En effet, quand nous procéderons à l'irradiation du second secteur B, une zone plus ou moins grande, correspondant aux parties découvertes et plus ou moins irradiée lors de notre première séance en A, recevra une nouvelle dose de rayons. La somme des doses absorbées en ce point sera nécessairement plus grande que 5 H, et nous savons les conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de ce fait.

Il importe donc d'user d'un stratagème vis-à-vis de la limite commune aux deux secteurs :

Avant de procéder à l'irradiation du secteur A, nous appliquerons en B une bandelette d'emplâtre, disposée parallèlement à la limite commune et de façon telle que son bord externe vienne exactement affleurer la ligne $A_4 — B_1$ (fig. 1).

La bandelette est recouverte par la lame de plomb. On conçoit qu'un léger déplacement de la lame protectrice au cours de la séance, ne découvrira qu'une zone plus ou moins étendue de la bandelette, et que les tissus sous-jacents seront protégés.

La séance en A terminée, avant de procéder à l'irradiation du secteur B, on appliquera de la même manière une autre bandelette d'emplâtre, le long de la ligne A_4 : le bord externe de cette nouvelle bandelette viendra bien exactement s'appliquer contre le bord externe de la bandelette disposée en B_1 (fig. 2).

Puis cette dernière sera retirée, le secteur B limité par des lames de plomb et irradiée (fig. 3).

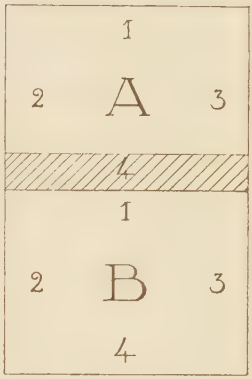

Fig. III.

Quel que soit le nombre des secteurs, cette petite opération, plus longue à décrire qu'à réaliser, sera renouvelée sur chaque ligne de démarcation commune.

b) Les lésions généralisées occupent les joues et le menton, mais la moustache est indemne.

L'on agira comme précédemment, en ayant soin toutefois de protéger la moustache et les lèvres par des lames de plomb convenablement disposées. Le malade se trouvera bien de lotionner matin et soir la moustache avec de l'alcool camphré, pour éviter une inoculation toujours possible.

c) Il n'existe que des placards isolés séparés par des espaces paraissant sains.

Quand les placards sont disséminés sur toute l'étendue de la barbe, quelquefois même en petit nombre, il faut procéder à l'épilation complète. L'expérience montre en effet qu'il est illusoire de conserver quelques îlots sains, ou plus exactement

qui paraissent sains, car les follicules voisins sont souvent déjà infectés. On s'expose à des réinoculations successives, et l'on est obligé de soumettre dans la suite les points volontairement oubliés à l'action des rayons X. On prolongerait ainsi la durée du traitement.

Si la lésion est strictement limitée à l'une des moitiés droite ou gauche de la barbe, on peut se contenter de pratiquer l'irradiation de la moitié correspondant à la lésion. On surveillera attentivement l'autre moitié, pour agir, le cas échéant, sur les premiers symptômes de l'affection.

En terminant l'exposé des notions concernant la technique radiothérapique, nous dirons quelques mots de la position à faire prendre au malade.

Si la lésion à traiter est unique, peu étendue, bien limitée, située sur une région à peu près plane, sur la joue par exemple, on peut laisser le malade assis sur une chaise, à condition de se servir d'un localisateur pratique et facile à manier, muni d'un radiolimitateur; pendant les quelques minutes exigées pour le traitement, le malade appuiera bien exactement sa lésion contre l'extrémité du tube de verre opaque, automatiquement situé à 15 centimètres de l'anticathode.

Le localisateur Belot-Gaiffe permet de réaliser facilement ces conditions.

Mais le traitement comprend en général plusieurs séances : il est alors indispensable, pour traiter convenablement chacun des secteurs, de faire coucher le malade.

Nous avons vu les soins minutieux qu'exige le repérage exact de ces secteurs et leur protection réciproque : l'immobilité absolue du malade facilite les opérations.

On doit s'efforcer de placer la tête du malade dans les diverses positions exigées par le traitement, en évitant dans la mesure du possible de lui faire prendre une attitude gênante qui se traduirait bientôt par de la fatigue et des mouvements. Il faut supprimer tout porte à faux, en disposant pour le mieux de petits coussins ou des alèzes roulées.

Pour traiter la région sus-hyoïdienne et les parties latérales du cou, il peut être utile de placer un drap plié en rond sous les épaules du malade : la tête ainsi dégagée retombe légèrement en arrière, appuyant l'occiput sur le plan du lit, et rend ces régions facilement accessibles.

Soins consécutifs.

Nous distinguerons pour plus de clarté, deux périodes : 1° avant l'épilation ; 2° après l'épilation.

1° AVANT L'ÉPILATION

L'irradiation terminée, quinze jours à trois semaines vont en moyenne s'écouler avant que les poils ne commencent à s'éliminer.

Convient-il d'agir activement lors de cette période d'attente? Les avis sont partagés, certains auteurs allant jusqu'à nier l'action possible des topiques usités en pareil cas.

Nous croyons indispensable au contraire de surveiller attentivement le malade et de le maintenir, suivant les cas, sous l'action bienfaisante des antiparasitaires ou des antiseptiques faibles.

On s'efforcera d'entretenir les lésions dans un état de propreté aussi parfait que possible en provoquant chaque jour la chute des croûtes néoformées : les pustules et les petites collections purulentes seront ouvertes au galvanocautère.

Si le sycosis est de nature parasitaire, les applications humides iodo-iodurées et la pâte boriquée-camphrée amélioreront progressivement l'état local.

L'eau d'Alibour, convenablement diluée, la pommade à l'oxyde jaune de mercure, produisent un effet analogue dans le sycosis simple.

Lors de la chute des poils, les placards saillants, œdémateux, plus ou moins indurés, se seront ainsi affaissés : la guérison définitive n'en sera que plus rapide.

Nous ajouterons, en insistant sur cette remarque, que ces applications ne devront se faire que sous le contrôle répété du médecin. Les surfaces irradiées sont très susceptibles : les applications médicamenteuses ne seront faites qu'à doses très faibles. On les interrompra dès les premiers symptômes d'irritation : elles seront alors remplacées avantageusement par des pansements humides à l'eau bouillie simple ou par des ouataplasmes. Lors de la réaction propre aux rayons X, et à plus forte raison à la première menace de radiodermite, l'usage des topiques médicamenteux sera de même suspendu.

Vers la fin de cette période d'expectation, quinze jours à trois semaines après l'irradiation, avons-nous dit, les poils commencent à jouer librement dans les follicules : ils cèdent sans douleur à la plus minime traction, et la pince ou les doigts les cueillent sans effort. Si la lésion n'offre que peu d'étendue, si les poils y sont rares, on peut, au moyen de la pince, parachever l'œuvre des rayons X.

Il n'en est plus de même quand les régions irradiées occupent presque toute l'étendue de la barbe ; l'épilation à la pince constituerait un travail, sinon douloureux pour le malade, du moins très long et minutieux.

Un artifice opératoire est ici nécessaire. Le principe en est simple ; il repose sur la propriété agglutinante de certaines substances, telles que la gélatine. Nous l'employons sous la forme de « colle de zinc », bien connue des dermatologistes.

Les formules en sont nombreuses. La plus simple, ordinairement employée en France, se présente sous l'aspect d'une masse blanche solidifiée, et répond à la formule suivante :

Grénétine (gélatine pure)	} ââ	125 gr.
Gélatine		
Glycérine.	} ââ	300 gr.
Eau		
Oxyde de zinc		100 gr.

Un fragment de colle de la grosseur voulue sera mis à fondre au bain-marie. Lorsque le tout sera suffisamment liquéfié et homogène, sans que la colle atteigne cependant une température trop élevée, capable de léser les téguments, on l'étendra sur la région à épiler, préalablement nettoyée et séchée avec soin. Si les téguments sont irritables ou plus ou moins infectés, on se trouvera bien de les badigeonner auparavant avec une solution d'Ichtyol au 1/20.

Avant que la colle ne se soit solidifiée, on la fouettera avec des flocons d'ouate, qui, s'incorporant aux couches superficielles de l'enduit, le rendront plus facilement solide et résistant.

Vingt-quatre heures environ après son application, la colle sèche est retirée sous forme de larges lambeaux ayant exactement pris l'empreinte de la région à laquelle ils adhéraient : les poils y sont fortement implantés, dans la position inverse de celle qu'ils occupaient normalement, c'est-à-dire fixés par leur extrémité libre.

Cette petite opération est en général assez bien supportée par les malades : souvent la colle commence à se détacher d'elle-même, et il suffit d'une légère traction pour obtenir le résultat cherché.

Mais elle peut devenir désagréable, sinon pénible et douloureuse, lorsque la colle est appliquée avant l'expiration du délai nécessaire à l'épilation totale, c'est-à-dire lorsqu'un grand nombre de poils tiennent encore solidement. On évitera avec soin, pour la même raison, d'étendre par trop le badigeonnage vers les régions pileuses voisines, non soumises à l'irradiation : on serait obligé de ramollir la colle au moyen d'eau chaude pour en débarrasser, sans douleurs, le malade.

Les quelques poils qui échappent presque fatalement à l'agglutination seront immédiatement enlevés à la pince.

2° APRÈS L'ÉPILATION

Pendant la seconde période, ou période post-épilatoire, les soins locaux seront continués suivant les principes énoncés plus haut.

En général, la suppression des poils contaminés ou irritants est suivie en quelques jours d'une amélioration très rapide.

Au début, les lésions seront surveillées de près : quelques poils malades, situés plus profondément ou inclus dans la masse encore turgescente d'un placard, peuvent apparaître à la surface : il est utile de les cueillir à la pince pour éviter toute chance de réinoculation. Nous insistons sur cette petite manœuvre, à pratiquer pendant les premiers jours qui suivent l'épilation : négligée, elle peut, croyons-nous, devenir une cause d'insuccès au cours du traitement.

Les surfaces malades reprennent bientôt leur aspect normal : la rougeur, dernier vestige de l'irradiation, s'atténue progressivement, et quand l'opération a été bien conduite, les poils commencent à repousser environ deux mois après leur chute. La pigmentation, inconstante, disparaît assez rapidement dans la suite.

Incidents opératoires. — Complications.

Il est utile que le praticien qui entreprend de suivre les étapes d'un traitement soit parfaitement au courant des phénomènes, fâcheux parfois, pouvant se présenter en cours de route.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici un exposé complet de la question. Nous nous bornerons à quelques remarques importantes, mises en pratique au cours de nos expériences. Ces remarques découlent des principes généraux que nous avons rappelés en traitant la technique.

Les rayons X ne produisent, on le sait, aucune action sensitive appréciable lors de leur application. Dans les premiers jours qui suivent l'irradiation, parfois le lendemain même, on voit survenir, chez certains sujets, un érythème fugace, s'accompagnant parfois de légères démangeaisons. Cet érythème, qu'il ne faut pas confondre avec la réaction propre des rayons X, a été attribué par différents auteurs à des radiations lumineuses et calorifiques émanées de l'ampoule. Il n'y a pas lieu de s'en alarmer.

Les phénomènes réactionnels véritables apparaissent, en moyenne, du huitième au douzième jour. Ils peuvent être à peine marqués, ne se manifestant que par un érythème à peine rosé, puis rouge vif, évoluant ensuite vers les teintes violacées et brunâtres, pour s'effacer progressivement. Cet érythème, qui n'est qu'une radiodermite atténuée, ne demande à être traité que s'il s'accompagne de phénomènes inflammatoires, d'œdème et de sensations douloureuses. La pigmentation plus ou moins marquée, qui l'accompagne ou le suit, disparaît d'elle-même dans la suite.

Ce léger degré de réaction que nous avons fréquemment observé au cours du traitement des sycosis, ne comporte en général aucune suite fâcheuse. L'expérience nous a même permis de vérifier l'opinion émise par M. Belot, à savoir que « lorsque la dose absorbée n'a pas été trop élevée, l'augmentation de la réaction n'est pas toujours un élément défavorable au point de vue du résultat final. Tout rentre en effet rapidement dans l'ordre : la peau reprend son aspect normal, et parfois la forte irritation qui a été produite a gâté la guérison ».

En effet, dit encore M. Belot, « il nous est arrivé dans le

traitement de certains sycosis de la barbe, de déterminer en certains points, par une dose normale, l'apparition d'une radiodermite légère. Nous avons craint, au début, que la réaction ne soit suivie d'une alopécie définitive. En réalité, au bout de deux à trois mois, la barbe a repoussé partout, et il nous était alors impossible de pouvoir distinguer les places où la réaction avait été la plus violente ».

Il n'en est plus de même, quand les surfaces irradiées, en réaction, se couvrent en tout ou en partie, de vésicules et de phlyctènes, laissant écouler une sérosité louche, jaunâtre, puis franchement purulente. Leur effraction s'accompagne d'ulcérations superficielles, rouge vif, suintantes, et ordinairement très douloureuses. Il s'agit là d'une véritable radiodermite et non plus d'une réaction inflammatoire. Tandis que dans le premier cas l'exagération de la réaction n'était qu'une manifestation de l'hypersensibilité des tissus enflammés, elle témoigne, dans le second, de la dose trop forte, appliquée sur les tissus : on peut même dire que la dose épilante a été très sensiblement dépassée.

Le traitement comporte : pour l'érythème simple, avec démangeaisons vives et sensation de cuisson, des applications de pommade à l'oxyde de zinc, de velou-crème et en général de pommades calmantes. Nous nous sommes bien trouvé de la préparation suivante :

Oxyde de zinc.	2 gr.
Cérat sans eau frais.	20 gr.

employée dans le service par M. Brocq.

Lorsque l'inflammation est vive, avec tendance à la vésiculation, ou, plus rarement, lorsque les surfaces sont recouvertes de phlyctènes qui suppurent et s'ulcèrent, il est indispensable de recourir au traitement général des radiodermites : on appliquera des pansements occlusifs à l'eau bouillie simple ou des ouataplasmes. Le liniment oléo-calcaire et diverses spécialités donnent encore d'excellents résultats.

Nous ne parlerons pas ici des radiodermites graves avec eschare, et suivies de réparation lente et laborieuse. Il faudrait commettre une erreur grossière et faire absorber aux tissus une dose de rayons au moins 4 à 5 fois trop forte, d'après les auteurs qui se sont occupés de cette question. Ces accidents

sont d'ailleurs aujourd'hui méconnus grâce au degré de perfectionnement des appareils de mesure.

Nous terminerons l'étude de ces réactions par une remarque importante ; il ne faudra pas, en effet, être surpris de voir parfois les téguments qui ont été irradiés à dose épilante, devenir très rouges, les follicules s'enflammant, et l'ensemble présentant par places, soit de petites excoriations, soit des sortes de petites bulles contenant une sérosité louche. On aurait tort d'attribuer à une dose trop intense ces phénomènes inflammatoires. Il s'agit là, soit d'une exacerbation du processus sycosique, soit simplement d'une infection, propagée et activée par la macération due aux pansements humides simples. Dans ce cas, si l'on se laissait influencer par l'idée d'une radiodermite qui débute, on aurait recours aux ouataplasmes et aux pansements calmants : on obtiendrait difficilement une amélioration rapide. Il vaut mieux combattre activement l'infection, seule en cause, par des pansements humides à l'eau d'Alibour diluée, qui donnent d'excellents résultats.

Nous avons dit que les phénomènes réactionnels un peu intenses pouvaient s'accompagner d'alopécie définitive. Cette alopécie peut être recherchée comme processus curatif, au cours d'affections tenaces et récidivantes. Il est plus simple, en ce cas, de la provoquer, sans risques inutiles, au moyen de doses faibles et souvent répétées. On déterminera ainsi une atrophie papillaire, lente et progressive, sans risquer d'altérer la peau.

Cette méthode, préconisée par Schiff et Freund, fut appliquée par eux au traitement de l'hypertrichose simple. Mais, comme le fait remarquer M. Belot, « est-on sûr, même en supposant que l'on puisse calculer et doser exactement la quantité nécessaire, de produire l'atrophie de la papille sans qu'elle soit accompagnée d'un peu d'atrophie cutanée ? Nous savons bien que le follicule pileux est plus sensible à l'action des rayons X que la peau elle-même, mais cette différence de sensibilité est-elle suffisante pour permettre à la dose convenablement choisie de modifier la papille, sans léser en même temps la peau » ?

Schiff et Freund, par des séances courtes et de faibles doses répétées lors de chaque repousse, en tenant compte de la sensibilité des téguments, auraient obtenu, en poursuivant très longtemps le traitement, des résultats satisfaisants. La détermination de l'atrophie papillaire, sans altération cutanée

notable, est néanmoins considérée par la majorité des auteurs comme très délicate à obtenir.

Dans les cas assez rares où elle semble indiquée, lors du traitement des sycosis rebelles, elle peut être envisagée comme un pis-aller. Sans doute, l'alopécie définitive peut être obtenue d'une manière plus ou moins parfaite, mais sans incident sérieux ; avant de s'engager dans cette voie, il sera néanmoins utile de prévenir le malade de toute éventualité.

Le manuel opératoire est calqué sur celui de l'hypertrichose : après la première chute des poils par simple sidération papillaire, on procédera, lors de chaque repousse, tous les deux mois environ, à une nouvelle séance d'irradiation ; les doses seront faibles : 2 à 3 H suffisent. Le traitement sera poursuivi longtemps, souvent pendant plusieurs années.

M. Sabouraud a fait à propos des phénomènes d'alopécie définitive, survenus sans radiodermite, au cours du traitement des tricophyties du cuir chevelu, une remarque qu'il nous paraît intéressant de discuter ici. Il envisage le cas d'un opérateur n'ayant à sa disposition qu'une ampoule faible(?) ou une source d'électricité insuffisante, et raccourcissant la distance située entre l'anticathode et la région à traiter.

« Théoriquement, nous dit M. Sabouraud, on pourrait croire en effet que ceci n'a aucun inconvénient, et que si l'on place la pastille du radiomètre à demi-distance, on sera toujours assuré de ne pas dépasser la dose limite. Mais, en pratique, ceci n'est pas vrai. Au-dessous de 15 centimètres de distance, entre l'anticathode et la peau, on peut obtenir, sans dépasser apparemment la dose normale, une alopécie sans radiodermite, qui ne sera pas suivie de repousse. »

A vrai dire, nous ne saisissons pas bien la raison qui a conduit M. Sabouraud à cette affirmation. Peu importe la distance du foyer radiogène à la peau ; ce qu'il faut considérer, c'est la quantité de rayons de qualité convenable, arrivant sur les surfaces à traiter. Peut-être, dans le cas auquel il fait allusion, des rayons très peu pénétrants, émis par la paroi de verre, et n'ayant pas un parcours suffisant pour être absorbés par l'air, pourraient-ils être incriminés. Il nous paraît illégitime de tirer de ce fait une loi générale : on jette ainsi le trouble dans l'esprit des débutants.

Nous ajouterons, pour terminer, que si l'alopécie définitive

peut être recherchée dans certains cas invétérés et résistant à tout traitement, il est utile de s'assurer tout d'abord que la récidive ne tient pas à une faute de technique. Une nouvelle séance, appliquée lors de la repousse, permettra de trancher la question.

La récidive est en général évitable dans les sycosis parasitaires, si les malades sont traités avec soin. Dans les sycosis simples, la récidive immédiate semble rare au niveau de la barbe, si l'on observe les précautions que nous avons indiquées; au niveau de la lèvre supérieure, elle marche de pair avec l'état de la muqueuse nasale, d'où, comme nous l'avons dit, l'importance du traitement parallèle.

Nous ne pouvons émettre une opinion personnelle sur les récidives à longue échéance, nos expériences n'ayant pu porter que sur un laps de temps trop limité. Il semble cependant, d'après les observations de M. Belot, que la pratique des principes d'hygiène générale et locale prescrits en pareils cas, jointe à l'usage raisonné des topiques variés, puisse dans une certaine mesure mettre le malade à l'abri d'une réinfection.

Susceptibilité individuelle.

En dehors de la susceptibilité propre des tissus irradiés, variable avec le degré des lésions, y a-t-il lieu de tenir compte des variations individuelles, pour doser les rayons? Sans vouloir entreprendre la discussion de cette importante question, nous dirons simplement que nos expériences ont porté uniquement sur les régions pileuses de la face d'hommes adultes, et que nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer des différences de sensibilité assez considérables pour être notées. Nous agissons d'ailleurs sur des tissus malades, et l'érythème ou la pigmentation légère qui semblent survenir plus facilement chez certains individus, n'ont pas les inconvénients qu'ils présenteraient sur une surface saine, au cours du traitement de l'hypertrichose, chez la femme, par exemple.

Dans la pratique, nous pourrons admettre des différences de sensibilité entre les diverses peaux traitées; mais la dose épilante de 5 H que nous employons est incapable, dans les conditions ordinaires, de produire une radiodermite. En d'autres termes, l'idiosyncrasie vraie n'existe pas en radiothérapie.

Nous croyons avoir ainsi passé rapidement en revue les diverses éventualités pouvant survenir au cours du traitement radiothérapique des sycosis. Nous résumerons et nous terminerons ce chapitre par les recommandations suivantes que l'opérateur doit toujours avoir à l'esprit :

1° Ne se servir que d'un appareillage minutieusement réglé : la face étant naturellement plus sensible que le cuir chevelu, la dose prescrite pour l'épilation doit être très exactement mesurée;

2° Tenir compte dans le choix de la dose de l'état des surfaces à traiter. Cette dose sera d'autant plus faible que les surfaces seront plus irritées ou traumatisées par des applications médicamenteuses trop vives. Il est préférable, comme nous l'avons dit plus haut, de calmer l'irritation par un traitement approprié, et d'appliquer d'emblée la dose nécessaire pour obtenir l'épilation, soit 4 H 1/2 à 5 H;

3° Limiter bien exactement les secteurs, et disposer convenablement les plaques de plomb destinées à leur protection mutuelle. Nous nous sommes étendu (voir *Technique*) sur la manière de procéder pour éviter tout accident;

4° Marquer d'un trait, au crayon dermographique, chaque secteur traité, pour éviter de revenir deux fois sur la même surface. Toute erreur devient ainsi impossible;

5° Si, pour une raison quelconque, il était nécessaire de procéder à une seconde application, on laissera s'écouler un délai minimum de quatre à cinq semaines avant d'irradier de nouveau les tissus.

OBSERVATIONS

Observation I. — **Folliculite de la barbe.**

M. K..., vingt et un ans, fourreur. L'affection pour laquelle le malade vient consulter a débuté il y a environ huit mois, sur la partie inférieure de la joue droite, par des pustules et des croûtes.

Soigné à Varsovie, il fut guéri en deux mois par des pansements, des pommades, et quelques applications électriques dont il ne peut préciser la nature. Un mois après sa guérison, éclate une poussée nouvelle du côté droit : la joue gauche se prend peu après.

Quand nous voyons le malade, le 12 mars, la récidive dure depuis environ cinq mois.

Les lésions s'étendent symétriquement sur les deux joues, allant converger vers la région sus-hyoïdienne : la partie antérieure du menton et la moustache sont indemnes.

La peau est rouge, très irritée, couverte de pustules et de croûtes. Le malade accuse une sensation de chaleur et de cuisson assez vive. Après avoir coupé les poils de la barbe aux ciseaux courbes, les pustules ont été ouvertes au galvanocautère; puis on applique pendant quelques jours des pansements à l'eau d'Alibour diluée, pour faire tomber les croûtes.

21 mars : L'irritation s'est calmée : les croûtes sont tombées.

On irradie le côté droit (5 H) en deux séances.

22 mars : On irradie le côté gauche (5 H) en deux séances.

29 mars : Quelques pustules sont ouvertes au galvanocautère.

On prescrit des applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure.

30 mars : Légère réaction. De nouvelles pustules surgissent et des croûtes s'étalent un peu partout.

On prescrit des applications humides à l'eau bouillie simple.

6 avril : Les poils tombent activement du côté droit : les pansements humides en entraînent la plus grande partie. On achève facilement l'épilation à la pince. Du côté gauche les poils tiennent encore solidement.

Amélioration sensible : plus de pustules ni de croûtes. Surfaces rouges, légèrement squameuses.

10 avril : Les poils tombent du côté gauche. La lésion a très bon aspect.

20 avril : L'épilation est totale. Sur la peau encore un peu rosée, il n'existe plus trace de folliculites en évolution. Le malade est considéré comme guéri.

Nous ajouterons que le malade, légèrement acnéique, a été soumis dès le début au régime alimentaire usité en pareil cas : il s'en est fort bien trouvé.

15 mai : Le malade est venu nous revoir. La guérison se maintient. Quelques poils follets apparaissent sur les joues.

Observation II. — **Folliculite de la barbe.**

M. S..., vingt-cinq ans, wattman, vient consulter à l'hopital Saint-Louis le 10 avril 1911. Il y a environ un an, peu après s'être fait raser chez un coiffeur, le malade vit survenir sur sa joue droite de petites collections purulentes accompagnées de rougeur et de démangeaisons.

Sous l'influence du rasoir, du grattage ou de toute autre cause, les éléments pustuleux se disséminèrent, puis s'agminèrent, formant un large placard, rouge, infiltré et couvert de croûtes épaisses.

Le malade se fit traiter en ville : les pustules centrées d'un poil furent ouvertes par l'épilation à la pince. Des pansements humides et diverses pommades, dont il ignore la composition, complétèrent le traitement.

Ne voyant pas survenir d'amélioration, le malade vint à Saint-Louis.

Actuellement, les deux joues sont prises : les lésions empiètent largement sur les régions sous-maxillaires droite et gauche. La moustache et la face antérieure du menton sont indemnes.

On remarque de nombreuses pustules folliculaires orificielles et, çà et là, de véritables décollements de l'épiderme par de petites collections purulentes. Des poils rares émergent de croûtelles épaisses et jaunâtres.

On prescrit des pansements humides à l'eau d'Alibour diluée, pour désinfecter et nettoyer les lésions.

13 avril : On fait deux séances de 5 H, sur la joue droite divisée en deux secteurs.

14 avril : On fait deux séances de 5 H, sur la joue gauche divisée en deux secteurs.

Le malade continue les applications d'eau d'Alibour très diluée.

24 avril : Réaction très vive sur les deux joues, mais surtout marquée à droite. On remarque particulièrement l'irritation intense et la tendance à l'ulcération d'une zone linéaire de 5 ou 6 centimètres de long, sur quelques millimètres de large. Cette zone, située vers le 1/3 inférieur de la joue droite, parallèlement au bord inférieur du maxillaire, correspond à la ligne commune de séparation des deux secteurs tracés pour l'irradiation. Nous supposons qu'une des lames protectrices aura légèrement glissé au cours de la séance, et que la surface ainsi découverte aura absorbé une dose supplémentaire de rayons.

On prescrit des pansements humides à l'eau bouillie simple.

28 avril : La réaction générale s'atténue notablement. La zone

linéaire est superficiellement ulcérée. On refait des pansements humides simples. L'ulcération est pansée à « l'Ulcérine Berger ».

3 mai : La lésion a bon aspect : l'ulcération se cicatrise. Les poils tombent.

6 mai : L'ulcération est cicatrisée. Toute la surface traitée est glabre, légèrement rosée et recouverte de fines squames furfuracées. Il n'y a plus trace de folliculites en évolution. On prescrit des applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure, la nuit.

17 mai : La guérison est complète. Les surfaces irradiées restent encore à peine rosées.

Observation III. — **Folliculite de la barbe.**

M. M..., quarante-trois ans, comptable, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 15 mars 1911.

L'affection qu'il présente a débuté vers le 6 janvier précédent, à la partie supérieure de la joue droite, en avant de l'oreille, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, par une petite pustule, suivie de rougeur périphérique et de l'apparition de nouvelles pustules voisines.

Son médecin consulté lui prescrit de la pommade à l'oxyde de zinc.

Le malade continue à se raser : il exaspère sa lésion, qui progresse.

Il retourne chez son médecin, qui lui conseille une pommade au turbith minéral. Mais ne constatant aucune amélioration, il vient à Saint-Louis, à la consultation de M. le Dr Brocq.

Actuellement, on remarque sur sa joue droite un placard allongé, d'environ 4 à 5 centimètres de haut sur 2 à 3 de large; ce placard est rouge, légèrement enflammé, mais sans infiltration notable : il est recouvert de nombreuses croûtes, aplaties, jaunâtres, et l'on remarque à sa périphérie quelques pustules en activité.

Les pustules sont ouvertes au galvanocautère, et l'on prescrit un pansement humide à l'eau d'Alibour diluée, pour faire tomber les croûtes.

16 mars : Les croûtes sont tombées. La lésion offrant peu d'étendue, on fait 5 H en une séance, en dépassant de 1 centimètre environ la limite du mal.

On prescrit au malade de lotionner matin et soir la lésion à l'eau d'Alibour diluée, et d'appliquer la nuit la pommade à l'oxyde jaune au 1/20.

1er avril : Très grande amélioration. Les pustules et les croûtes ne se sont pas reformées. Les poils tiennent encore solidement. L'ensemble de la lésion est rouge, un peu pigmenté par places.

On cesse les lotions à l'eau d'Alibour. On continue les applications de pommade la nuit.

8 avril : Presque tous les poils sont tombés. On achève l'épilation à la pince.

24 avril : Le malade vient nous revoir. Il est complètement guéri depuis huit jours. Une légère pigmentation persiste encore sur la région irradiée. Quelques nouveaux poils apparaissent.

Observation IV. — **Sycosis simple de la moustache.**

M. P..., vingt-six ans, emballeur.

Pas d'antécédents.

Son affection a débuté vers le 20 mars 1911 à l'extrémité droite de la moustache, par de petites pustules. Il applique, sur les conseils d'un médecin, du Velou-crème Vidal : mais les lésions persistent et tendent à augmenter.

Le 5 avril : Le malade vient consulter à l'hôpital Saint-Louis.

La partie droite de la moustache est envahie de pustules et de croûtes qui s'étendent jusqu'au voisinage de la narine. L'évolution de l'affection et l'examen du nez permettent d'éloigner toute hypothèse d'infection d'origine nasale.

L'infiltration est légère, mais la rougeur est assez vive : la sensation de cuisson et les démangeaisons éprouvées par le malade témoignent d'une irritation assez marquée.

On coupe la moustache aux ciseaux courbes, et l'on prescrit des pansements humides à l'eau d'Alibour diluée pour faire tomber les croûtes. Les pustules sont ouvertes au galvanocautère.

7 avril : Il persiste encore quelques croûtes : on poursuit les applications humides. De nouvelles pustules sont ouvertes au galvanocautère.

10 avril : Toutes les croûtes sont tombées. L'irritation s'est atténuée. La moitié droite de la lèvre supérieure est irradiée en une séance (5 H).

On prescrit la pommade à l'oxyde jaune de mercure, en application la nuit.

25 avril : Légère réaction. On suspend l'emploi de la pommade, que l'on remplace par des applications humides simples.

3 mai : La lésion est considérablement améliorée. Il ne persiste plus qu'une légère rougeur. Le malade refait des applications de pommade, la nuit.

15 mai : La guérison est complète.

10 juin : Nous avons revu le malade toujours en parfait état. Les poils repoussent normalement.

Observation V. — **Sycosis simple de la moustache.**

M. G..., trente-huit ans, cantonnier.

L'affection pour laquelle le malade vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, a débuté il y a environ trois ans, par de petites pustules, siégeant dans la moustache, sous les narines.

Négligées tout d'abord, le malade traite ensuite ses lésions pendant deux ans, par des applications de pommade cadique que lui formula son médecin.

Le sycosis passe par des alternatives d'amélioration et d'aggravation : de fréquents coryzas, l'hiver, la poussière irritante des routes, l'été, provoquent sans cesse de nouvelles poussées.

Quand il vint à Saint-Louis, vers le début de mars 1911, on essaya d'agir tout d'abord sur l'hypersécrétion nasale, alors intense. On pres-

crivit à cet effet des lavages de la muqueuse à l'eau physiologique, des attouchements au néol à 1/10, et de la vaseline mentholée au 1/100.

Le 15 mars, le malade est envoyé au laboratoire de radiothérapie.

Actuellement, la partie de la lèvre supérieure située sous les narines, est rouge, très infiltrée et saillante. La lésion semble améliorée par le traitement déjà suivi. On remarque cependant à la périphérie et au voisinage des narines quelques petites pustules en activité.

M. le Dr Richou examine le nez du malade qu'il trouve peu touché : la muqueuse est rose et sans hypersécrétion notable.

Après l'ouverture des pustules au galvanocautère, on pratique immédiatement l'irradiation. L'espace sous-narinaire est divisé en deux secteurs déterminés par une droite correspondant à l'axe vertical de la cloison du nez prolongée. On fait ainsi 5 H en deux séances.

25 mars : Légère réaction. On ouvre quelques pustules nouvelles au galvanocautère. On prescrit quelques applications humides pour faire tomber les croûtes qui se sont formées depuis la séance de radiothérapie, et une pommade iodo-iodurée pour le jour.

1er avril : La pommade, appliquée pendant quelques jours seulement, a provoqué une irritation intense. La lésion paraît néanmoins très améliorée : la lèvre a diminué de volume et les pustules ont disparu. On prescrit des ouataplasmes à l'eau bouillie simple, en application la nuit, pour calmer l'irritation, et de la pommade boriquée camphrée pour le jour.

10 avril : L'épilation est complète. La lèvre est rouge et encore légèrement infiltrée.

20 avril : La lèvre est en très bon état, souple, encore un peu rosée. Le malade traite activement son nez, dont l'état semble aussi s'améliorer. Les applications de pommade boriquée-camphrée sont continuées la nuit pour protéger la lèvre des sécrétions nasales.

10 mai : Le malade peut être considéré comme guéri. La lèvre supérieure a repris son aspect normal. Le traitement nasal est continué.

18 mai : Quelques poils follets apparaissent. La muqueuse nasale est très améliorée : les sécrétions semblent taries. Le malade continue par précaution les soins locaux prescrits.

Observation VI. — **Sycosis simple de la moustache.**

M. G..., quarante-cinq ans, mécanicien, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis vers le milieu du mois de février 1911.

L'affection qu'il présente remonte aux premiers jours du mois de janvier précédent. C'est au cours d'une grippe, avec catarrhe nasal abondant, qu'il remarqua sous sa narine droite l'apparition de petites pustules qui se fusionnèrent bientôt pour évoluer sur une surface rouge, surélevée, inflammatoire. Le malade éprouve concurremment des ardeurs, une sensation de cuisson très pénible et des démangeaisons.

Des applications de pommade à l'oxyde de zinc, faites sur les conseils d'un médecin, ne provoquent aucune amélioration.

A son arrivée à Saint-Louis, le malade fut envoyé au Dr Richou, qui examine sa muqueuse nasale; à part un léger catarrhe, surtout

marqué à droite, le malade ne présente aucune lésion caractéristique.

On lui prescrit des lavages du nez à l'eau physiologique et des applications de vaseline mentholée dans les narines. Sa lèvre supérieure est traitée à l'eau d'Alibour et à la pommade à l'oxyde jaune de mercure.

Le malade revient trois semaines après très amélioré : il a coupé sa moustache et suivi très régulièrement son traitement. La lèvre est encore rouge, saillante, très œdématiée.

Envoyé au laboratoire de radiothérapie, on constate : sous la narine droite, un placard rouge, saillant, mamelonné, dur au toucher, occupant toute la hauteur de la lèvre supérieure et se prolongeant vers l'orifice nasal droit. Sous la narine gauche, il n'existe qu'une légère rougeur. On ne remarque aucune pustule en activité : l'ignipuncture pratiquée au galvanocautère ne révèle aucun foyer purulent. Les surfaces malades sont glabres.

9 mars : On divise la lèvre supérieure en deux secteurs sur lesquels l'on applique successivement 5 H.

13 mars : Légère réaction. Quelques pustules nouvellement formées sont ouvertes au galvanocautère. Les sensations subjectives, pénibles, ont disparu.

20 mars : Très grande amélioration. La lèvre devient plus souple et a notablement diminué de volume.

Le malade continue son traitement nasal : la nuit, il applique en outre, sur la lèvre, une pommade à l'oxyde jaune de mercure.

Satisfait sans doute des premiers résultats acquis, et malgré nos avertissements, le malade n'est pas revenu.

Observation VII. — **Sycosis simple de la moustache.**

M. M..., vingt-cinq ans, employé de commerce.

L'affection pour laquelle il vient consulter, a débuté il y a quatre à cinq mois, par une légère irritation de la moitié gauche de la lèvre supérieure. De petites pustules et des croûtelles apparurent ensuite.

Après avoir appliqué des pansements humides et diverses pommades, le malade ne constatant aucune amélioration, vient vers le début de mars 1911, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Des lotions quotidiennes à l'eau d'Alibour diluée et des applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure, furent prescrites. La lésion fut au début sensiblement améliorée par ce traitement, puis, l'état restant stationnaire, on envoie, le 13 avril, le malade au laboratoire de radiothérapie.

On constate actuellement sur la partie gauche de la moustache coupée aux ciseaux, une surface rouge, un peu suintante, recouverte çà et là de quelques croûtelles jaunâtres. La lésion, qui a débuté au niveau du tiers externe gauche de la lèvre supérieure, s'est étendue jusqu'au voisinage de la narine. L'interrogatoire et l'examen du nez nous ont permis d'éloigner toute hypothèse d'infection nasale propagée.

La partie malade étant dans un état de propreté suffisant, nous avons pratiqué immédiatement l'irradiation, soit 5 H en une séance.

29 avril : Légère réaction, mais bon aspect de la lésion. Les poils commencent à se mobiliser. Le malade continue les applications de pommade à l'oxyde jaune.

6 mai : L'épilation de la moitié gauche de la lèvre supérieure est totale. La peau est souple, rosée, sans pustules ni croûtes.

20 mai : Guérison apparente.

10 juin : La repousse s'effectue normalement.

Observation VIII. — **Sycosis simple de la moustache.**

M. W..., vingt-neuf ans, casquettier, est atteint depuis l'année 1906 d'une affection récidivante de la lèvre supérieure.

Ayant remarqué dans sa moustache, au-dessous de sa narine droite, un peu de rougeur, des pustules et des croûtes, il vint dès le début consulter à l'hôpital Saint-Louis.

Il fut traité successivement par différents topiques (eau d'Alibour. Pommade à l'oxyde jaune de mercure. Pommade soufrée), qui améliorèrent momentanément sa lésion. L'application d'une pommade spéciale qui lui fut conseillée (pommade rouge de Toledo) provoqua même pendant trois mois la disparition de tout symptôme morbide.

La reprise actuelle de l'affection remonte à environ neuf ou dix mois.

On remarque sous la narine droite une zone rouge, de l'étendue d'une pièce de deux francs, couverte de squames et de croûtes s'enchevêtrant dans les poils de la moustache. Il existe à la périphérie de la lésion quelques pustules en activité.

M. le Dr Richou qui examine le malade signale la présence d'une rhinite antérieure légère.

5 mai : On prescrit des applications humides à l'eau d'Alibour diluée, pour faire tomber les croûtes, et de la vaseline mentholée au 1/100 pour le nez. On conseille au malade de faire couper sa moustache aux ciseaux, et de revenir quelques jours plus tard pour se faire irradier.

10 mai : On fait 5 H, en une séance, sur la moitié droite de la moustache.

17 mai : Légère réaction. On ouvre quelques pustules au galvanocautère.

20 mai : Les pustules se reforment sans cesse. On les ouvre au galvanocautère et on prescrit des applications de pâte boriquée camphrée.

25 mai : La lésion est très irritée, avec pustules et croûtes. On fait une pulvérisation à l'eau boriquée pour faire tomber les croûtes : on prescrit des ouataplasmes pour la nuit, des attouchements à l'eau d'Alibour diluée, le matin et le soir, et de la pâte boriquée-camphrée, dédoublée, pour le jour.

5 juin : L'épilation est totale : les lésions ont bon aspect. La lèvre est rouge, encore un peu irritée : on ne remarque plus de pustules ni de croûtes. Le traitement local est continué.

L'antisepsie nasale est activement poursuivie.

11 juin : La lèvre a repris son aspect normal : la peau seule est encore légèrement rosée. On continue le traitement nasal pour éviter toute récidive.

Observation IX. — **Sycosis simple de la moustache.**

M. R..., quarante ans, mécanicien, est atteint d'un sycosis de la lèvre supérieure, dont le début remonte à environ deux ans. Ayant, en effet, remarqué sous sa narine droite une légère rougeur, puis des pustules et des croûtes, il vint immédiatement consulter à l'hôpital Saint-Louis.

Traité dans le service de M. le Dr Brocq, il fut assez rapidement guéri par des applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure, suivies de quelques séances de scarifications. La guérison se maintint pendant six mois.

Quand il revint dans le service, le malade attira l'attention sur sa narine droite, toujours sèche, remplie de croûtes : sa respiration nasale était très gênée. Avant d'entreprendre un traitement actif de son sycosis, on l'envoya à Lariboisière, à la consultation de M. le Dr Sebileau. L'examen du nez révéla la présence d'une rhinite antérieure assez accentuée, avec rhinopharyngite. On lui prescrit des lavages du nez à l'eau salée et des applications de vaseline boriquée-mentholée.

Depuis sept mois, le malade suit consciencieusement son traitement. Il passe par des alternatives de mieux et d'aggravation, et la lésion de la lèvre supérieure suit les oscillations de la muqueuse nasale.

Il est envoyé le 3 mai au laboratoire de radiothérapie.

On remarque actuellement, à la partie médiane de la lèvre supérieure, sous les narines, une surface surélevée, rouge, œdématiée, recouverte çà et là de quelques croûtes: Cette surface est par instant le siège d'une cuisson très intense et de démangeaisons.

En présence de cet état de choses, le malade fut envoyé à M. le Dr Richou, qui nous fit remettre la note suivante :

« Muqueuse nasale rouge, un peu sèche. Cloison légèrement déviée, avec petit éperon à gauche. Rhinopharyngite légère ».

Le malade n'a jamais présenté d'infection oculaire.

3 mai : On fait 5 H, en une séance, sur la région malade. Le traitement nasal est activement poursuivi, suivant les prescriptions énoncées plus haut.

18 mai : Grande amélioration : les poils commencent à tomber et sont facilement extraits à la pince. Les phénomènes subjectifs douloureux ont disparu. On prescrit des applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure.

Le malade n'est plus revenu.

Observation X. — **Sycosis lupoïde.**

M. K..., vingt-deux ans, voyageur de commerce.

L'affection présentée par le malade a débuté vers la fin de l'année 1909.

En dehors de quelques poussées d'acné, ses antécédents ne présentent rien de particulier.

C'est en se rasant que le malade remarqua sur sa joue droite quelques petites pustules auxquelles il ne prêta tout d'abord que peu d'attention. De nouvelles pustules se forment, puis des croûtes jaunâtres, qui envahissent la plus grande partie de la joue droite, et bientôt après la joue gauche.

Le malade consulte un pharmacien, essaie successivement des pommades variées et use de dépuratifs qui semblent n'avoir aucune action sur la lésion qui progresse toujours.

Vers janvier 1910, le malade vient à Saint-Louis et entre dans le service de M. le Dr de Beurmann.

On lui applique des pansements humides pour faire tomber les croûtes, on ouvre les pustules qui sont touchées à la teinture d'iode, et l'on procède à l'épilation par les rayons X.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, ne conservant sur chaque joue, comme trace indélébile de l'affection qui l'a frappé, que deux petites cicatrices blanchâtres, de la grandeur d'une pièce de dix centimes.

Deux à trois mois plus tard, lors de la repousse des poils, l'affection récidive.

Il entre en juin 1910 dans le service de M. le Dr Brocq. Les applications radiothérapiques sont alors reprises.

10 juin : La joue droite est divisée en deux secteurs sur lesquels on applique successivement 4 H.

24 juin : Les poils tombent normalement sur les points irradiés.

30 juin : On fait successivement deux applications de 4 H 1/2, l'une sur la région sus-hyoïdienne, l'autre sur la partie inférieure de la joue gauche.

5 juillet : On refait une séance de 4 H, à la partie inférieure de la joue droite.

28 juillet : L'épilation est à peu près complètement obtenue.

30 juillet : L'état local est excellent. Le malade nous quitte apparemment guéri.

Il revient dans le service, en octobre 1910, avec une nouvelle poussée. On le traite par des injections de sérum anti-staphylococcique. On lui fait ainsi quatre injections, avec cinq jours d'intervalle entre chacune d'entre elles. Il repart au bout de trois semaines, amélioré, mais non guéri.

Au début d'avril 1911, désespéré de voir chaque jour ses lésions progresser, le malade vient de nouveau à la consultation de M. le Dr Brocq, qui l'envoie au laboratoire de radiothérapie.

Les lésions offrent actuellement l'aspect suivant : sur chacune des joues, existe à la partie centrale, une zone alopécique, cicatricielle, lisse et unie dans son ensemble, mais présentant cependant quelques petits tractus fibreux, réguliers et saillants, d'aspect chéloïdien.

Autour de la cicatrice, les tissus sont rouges, enflammés, criblés de nombreux points de folliculites, avec squames et croûtes. La follicu-

lite s'est étendue aux régions latérales du menton, et à la lèvre supérieure, de chaque côté, au tiers externe de la moustache.

Le malade éprouve du prurit, de la cuisson et une certaine tension douloureuse au niveau de ses lésions.

On prescrit des pansements humides à l'ichtyol dilué d'eau bouillie, pour calmer l'irritation et faire tomber les croûtes.

6 avril : On procède à une première application des rayons X sur la joue droite et la région sous-maxillaire correspondante, divisées en trois secteurs, soit trois séances de 5 H.

7 avril : On irradie la joue gauche divisée en deux secteurs : soit deux séances de 5 H. On opère ensuite sur la moustache, divisée également en deux secteurs, sur lesquels on applique successivement 5 H.

8 avril : La région sus-hyoïdienne est irradiée en une séance de 5 H. Les huit séances nécessaires à l'irradiation des parties malades ont été ainsi pratiquées en trois jours, pour des raisons de service.

Le malade applique, les jours suivants, sur ses lésions, de la pâte boriquée-camphrée.

24 avril : Très bon aspect des lésions. L'épilation commence. Les parties irradiées sont enduites de colle de zinc.

25 avril : On enlève en masse les poils situés sur les joues et la région sus-hyoïdienne, qui ont été agglutinés par la colle de zinc. Sur la moustache et le menton, de nombreux poils tiennent encore.

L'aspect des lésions est très satisfaisant : on ne remarque plus ni pustules, ni croûtes.

1er mai : Les joues complètement glabres sont en très bon état : quelques petits points chéloïdiens persistent seuls sur la cicatrice lupoïde.

La moustache, le menton et une partie de la région sus-hyoïdienne, où de nombreux poils persistent encore, sont justiciables d'une nouvelle irradiation.

2 mai : On applique successivement 5 H sur les zones précitées, divisées en six secteurs.

Le malade continue les applications de pâte boriquée-camphrée dont il se trouve très bien.

8 mai : Sur deux points chéloïdiens isolés, existant sur la cicatrice droite, et uniquement pour parfaire les résultats esthétiques, on applique 5 H, sans filtre.

Sur la cicatrice gauche, où existent trois points analogues, on procède à des scarifications linéaires quadrillées, suivies d'application d'emplâtre rouge de Vidal.

12 mai : L'emplâtre de Vidal a déterminé sur la joue gauche une violente poussée de folliculite. On pratique des attouchements à l'eau d'Alibour et des pansements humides.

17 mai : La poussée est en résolution. Les points scarifiés sont considérablement affaissés.

La seconde séance d'irradiation a déterminé, à l'extrémité droite de la lèvre supérieure et sur la partie droite du menton, une réaction assez

violente, avec érosions superficielles et suintement. On applique des pansements humides simples et de la pâte de zinc.

1er juin : La guérison paraît obtenue. Les surfaces sont glabres, un peu rosées. Les points chéloïdiens, situés sur les cicatrices, et traités par la radiothérapie et les scarifications sont heureusement modifiés. Le malade, obligé de partir, se propose de revenir pour les faire traiter plus activement.

Il applique encore la nuit la pâte boriquée-camphrée.

10 juin : A part les zones cicatricielles, le visage a repris son aspect normal.

Observation XI. — **Sycosis trichophytique de la barbe.**

M. M..., vingt-huit ans, maçon.

Il y a environ trois mois, peu après avoir été se faire raser chez un coiffeur, le malade remarqua quelques petites pustules jaune-verdâtre qui apparurent au niveau de la région sous-maxillaire gauche. Il continue néanmoins à faire usage du rasoir, mais la peau s'irrite, devient rouge, squameuse et se crible de nouveaux points de folliculite.

Il vient consulter à Saint-Louis le 19 avril 1911, n'ayant pratiqué comme tout traitement qu'une application de teinture d'iode, et utilisé une pommade de composition inconnue qui lui fut remise par un pharmacien.

Actuellement, les lésions se sont propagées à la partie inférieure des deux joues, aux régions sous-maxillaires et sus-hyoïdienne et au menton. L'ensemble de cette surface est rouge, squameux, criblé de folliculites en activité et porte des croûtes épaisses.

A la région sus-hyoïdienne, et sur les faces latérales du menton, les éléments pustuleux sont agglomérés en placards saillants, rouges, tubéreux, avec de nombreux pertuis d'où la pression fait sourdre du pus. Les poils sont par endroits décolorés ou cassés.

La nature parasitaire de l'affection fut confirmée par l'examen direct des poils, traités par la solution de potasse à 40 p. 100, puis plus tard, par la culture sur milieu de Sabouraud, qui révéla la présence du « Trichophyton gypseum ».

La barbe est coupée aux ciseaux courbes; la moustache, indemne, est respectée. On prescrit des applications humides iodo-iodurées pour faire tomber les croûtes.

25 avril : Les lésions se nettoient : les croûtes se détachent. On ouvre au galvanocautère quelques petites collections purulentes d'où s'échappent, par l'expression, quelques gouttes de pus. Les applications iodo-iodurées sont continuées.

3 mai : La lésion s'est parfaitement nettoyée : l'irritation s'est calmée. La surface totale de la barbe est divisée en dix secteurs, sur lesquels l'on applique successivement 5 H, en dix séances.

10 mai : Quelques nouvelles pustules sont ouvertes au galvanocautère. Légère réaction.

15 mai : Les poils se mobilisent.

19 mai : On applique la colle de zinc.

20 mai : La colle de zinc est retirée : quelques poils non agglutinés sont extraits à la pince. On prescrit des applications de pâte boriquée-camphrée.

25 mai : L'aspect général est parfait : quelques pustules néoformées sont ouvertes au galvano-cautère.

10 juin : La guérison est complète. En attendant la repousse, le malade continue les applications de pommade, la nuit.

Observation XII. — **Sycosis trichophytique de la barbe.**

M. M..., trente-sept ans, domestique, est atteint d'une affection de la barbe, dont le début remonte au mois de janvier 1911.

Vers cette époque, en effet, apparurent à la partie inférieure de l'une de ses joues, des rougeurs et des pustules assez grosses, laissant par la dessiccation des croûtes épaisses. Les poils de la barbe tombèrent par endroits, se cassèrent en d'autres.

Un médecin consulté lui fit appliquer sans succès diverses pommades.

Le malade, qui vient le 25 avril, à la consultation de M. le Dr Brocq, est envoyé au laboratoire de radiothérapie.

Actuellement, les lésions occupent la partie inférieure des deux joues et les régions sous-maxillaires correspondantes, le menton et la région sus-hyoïdienne. La moustache est indemne.

On distingue sur les points malades, des placards rouges, épais, infiltrés, plus ou moins réguliers, criblés de pustules à tous les stades : entre les placards, des pustules isolées et des squames. Les symptômes subjectifs, cuisson et démangeaisons, sont peu accentués.

Aucun animal ne vit dans le voisinage du malade : un coiffeur est rendu par lui responsable de son affection.

Devant l'aspect trichophytique des lésions, l'examen microscopique des poils fut pratiqué : le résultat fut positif. Une culture sur milieu de Sabouraud n'a pas poussé.

On prescrit au malade des applications humides iodo-iodurées pour faire tomber les croûtes, très épaisses par endroits. Les pustules sont ouvertes au galvanocautère.

3 mai : Les pansements ont produit bon effet : la lésion s'est nettoyée. Sur les placards rouges, infiltrés, encore saillants, on n'aperçoit plus de pustules en activité ni de croûtes : une pression un peu forte exercée sur eux, fait sourdre du pus d'orifices minuscules. Les poils sont tombés d'eux-mêmes sur certains points.

Les pansements humides sont encore continués quelques jours.

6 mai : La joue gauche et la région sous-maxillaire correspondante sont traitées en deux séances, soit 5 H sur chacun des secteurs.

7 mai : On achève l'irradiation en traitant le menton, la région sus-hyoïdienne et la joue droite, le tout comprenant cinq secteurs sur lesquels on continue les pansements.

18 mai : Réaction assez vive. Apparition de folliculites nombreuses. Sur les points les plus irrités les poils sont tombés.

On prescrit des pansements humides à l'eau bouillie simple.

20 mai : L'irritation est toujours vive. Le malade affligé d'un bec-de-lièvre, bave dans son pansement et infecte ses lésions, excoriées sur certains points. Suppuration assez abondante.

On fait une pulvérisation à l'eau boriquée pour déterger les surfaces malades, et l'on continue les pansements humides.

25 mai : Amélioration : l'irritation diminue. Il n'y a plus de pustules ni de croûtes. Les poils tombent dans les pansements.

2 juin : Très grande amélioration. Les surfaces traitées, encore légèrement rosées, sont uniformément glabres. Quelques pustules, reposant sur une base rouge et indurée, sont ouvertes au galvano-cautère.

On prescrit des applications de pâte boriquée-camphrée.

11 juin : La guérison semble complète.

Observation XIII. — **Trichophytie de la barbe.**

M. M..., trente-cinq ans, employé de chemins de fer, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, pour une affection de la barbe dont le début remonte à environ un mois.

Elle naquit à la partie inférieure de la joue droite, par des rougeurs et des pustules centrées d'un poil, puis se propagea rapidement, par l'apparition de nouvelles pustules, au menton, à la région sus-hyoïdienne et à la partie inférieure de la joue gauche. Des pansements humides à l'eau oxygénée, puis à l'eau boriquée, appliqués par le médecin de la Compagnie, ne provoquèrent aucune amélioration.

Envoyé à Saint-Louis, nous l'y voyons le 25 avril 1911.

Sur les régions précitées, on remarque actuellement des placards rouges, saillants, œdématiés, recouverts de pustules et de croûtes épaisses. Les poils s'y laissent arracher facilement; un grand nombre d'entre eux sont cassés. La moustache est indemne.

Le malade suppose qu'il s'est contaminé en manipulant des objets plus ou moins propres au dépôt des marchandises où il est employé, et en particulier des peaux destinées à la mégisserie.

L'examen microscopique des poils décolorés dans la solution de potasse à 40 p. 100, a révélé l'existence d'une affection trichophytique. Une culture pratiquée sur milieu de Sabouraud n'a donné aucun résultat probant.

On prescrit des pansements humides à l'ichtyol dilué, pour faire tomber les croûtes, et calmer l'irritation assez vive, accompagnée de réaction ganglionnaire.

5 mai : Bon aspect des lésions. On divise l'étendue de la barbe en dix secteurs qui sont irradiés successivement en dix séances de 5 H.

10 mai : Légère réaction. Les pansements humides sont continués.

17 mai : Réaction très vive à droite. Quelques points légèrement ulcérés suppurent. Les poils tombent sur cette région.

On prescrit des pansements humides à l'eau bouillie simple.

20 mai : La réaction n'est pas calmée. Croûtes nombreuses sur certains points.

On prescrit des pulvérisations à l'eau boriquée, et on continue les pansements.

25 mai : Grande amélioration. Les poils tombent dans les pansements.

30 mai : L'épilation est complète. Il persiste encore à droite une légère irritation et quelques pustules qui sont ouvertes au galvanocautère. A gauche, la peau est normale, à peine rosée.

6 juin : L'amélioration continue. Le malade applique des pansements humides la nuit et de la pâte boriquée-camphrée le jour.

11 juin : État parfait à gauche. A droite, outre une légère pigmentation linéaire développée sur la limite de deux secteurs, il persiste encore à la partie moyenne de la joue deux ou trois nodules indurés qui sont traités par des cautérisations ponctuées.

Observation XIV. — **Trichophytie de la barbe.**

M. B..., vingt-huit ans, cultivateur, est atteint d'une affection de la barbe ayant débuté vers le 15 janvier 1911.

C'est en se rasant qu'il remarque un beau jour, à la partie inférieure de sa joue gauche, quelques petites pustules suivies bientôt de croûtes résultant de leur effraction. Les pustules évoluent sur une surface qui devient rouge, squameuse, et qui s'indure progressivement. Symétriquement, trois semaines après, la joue droite se prend à son tour, puis la région sus-hyoïdienne.

Il consulte son médecin, qui lui prescrit une pommade à l'oxyde de zinc; il applique ensuite, sur les conseils d'un pharmacien, une pommade et une lotion à base de soufre.

Les symptômes s'aggravent : les lésions s'étendent et deviennent le siège d'une tuméfaction intense et douloureuse.

Le 8 février, le malade est envoyé à M. le Dr Brocq, qui reconnaît la nature trichophytique des lésions, et prescrit des applications de teinture d'iode et des pansements humides avec une solution iodo-iodurée, convenablement diluée.

Le malade, dans le but d'activer son traitement, use sans modération de la teinture d'iode. C'est à ce moment, du 8 au 18 février, que les lésions atteignent leur maximum.

La tuméfaction est intense, de plus en plus douloureuse ; les régions sous-maxillaires sont envahies à leur tour. Toutes les régions malades sont recouvertes de croûtes épaisses, reposant sur des placards rouges, saillants, tubéreux, d'où la pression fait sourdre du pus. Il existe en certains points de véritables abcès sous-cutanés. Puis, sous l'influence des pansements iodo-iodurés, les symptômes diminuent d'intensité.

Le 28 février, le malade entre dans le service.

Actuellement, on remarque symétriquement, à la partie inférieure des joues, des placards rouges, saillants, indurés, plus ou moins nettement circonscrits : ces placards, d'aspect anthracoïde, sont criblés d'orifices d'où la pression fait sourdre du pus. Sur la peau, rouge et squameuse qui les sépare, évoluent des pustules en activité.

Les poils sont rares, dispersés, cassants.

La région sus-hyoïdienne présente des lésions analogues, non moins marquées, avec quelques placards aberrants, dans les régions sous-maxillaires voisines.

La moustache et la face antérieure du menton sont indemnes.

Le diagnostic de trichophytie, chez ce malade vivant de par sa profession en contact incessant avec les animaux d'une ferme, fut confirmé entre temps par une culture faite sur milieu de Sabouraud (Tr. Gypseum).

1er mars : La joue droite, la région sous-maxillaire correspondante et une partie de la région sus-hyoïdienne, le tout comprenant quatre secteurs, sont irradiées successivement en quatre séances de 5 H. 1/2.

2 mars : La joue gauche, la région sous-maxillaire correspondante et la portion restante de la région sus-hyoïdienne, le tout comprenant six secteurs, sont irradiées en six séances de 5 H 1/2.

Le nombre des secteurs a été ici augmenté pour permettre d'atteindre quelques points douteux situés sous le lobule de l'oreille gauche et se prolongeant vers la nuque.

6 mars : Légère réaction du côté droit. Le malade applique la nuit des pansements humides iodo-iodurés; le jour, de la pommade boriquée-camphrée.

18 mars : Les régions irradiées sont le siège d'une réaction assez intense. Quelques petits foyers purulents sont ouverts au galvanocautère.

L'ensemble des lésions s'est heureusement modifié.

Les placards de la partie inférieure des joues se sont affaissés et ne portent plus de pustules en activité. L'amélioration est moins nette au niveau de la région sus-hyoïdienne.

24 mars : Très bon aspect des lésions. L'épilation a commencé. On procède à une application de colle de zinc.

25 mars : La colle de zinc retirée par larges lambeaux provoque l'épilation en masse. Quelques poils oubliés çà et là, sont facilement extraits à la pince. Le malade continue les pansements humides la nuit et les applications de pommade le jour.

8 avril : Très bon aspect général. Il ne persiste plus sur les joues qu'un peu de rougeur et une légère pigmentation. A la région sus-hyoïdienne, quelques nodules indurés persistants sont ponctués de fines piqûres au galvanocautère.

29 avril : Les téguments ont repris leur aspect normal : de petits poils follets apparaissent sur les régions irradiées.

A la région sus-hyoïdienne, de petites excoriations recouvertes de squames sont touchées à la teinture d'iode.

Le malade cesse les pansements, mais continue de temps à autre à faire usage de la pommade boriquée-camphrée.

Mai : Nous avons revu, fin mai, le malade complètement guéri : la repousse se fait normalement.

Observation XV — **Trichophytie de la barbe.**

Cette observation, concernant M. le Dr H..., a été prise par lui, au cours de son traitement dans le service.

L'affection pour laquelle il est en traitement débuta vers le 17 août 1910. Quelques jours avant l'apparition des premiers symptômes, le malade avait été se faire raser chez un coiffeur.

Le rasoir semble dans la circonstance pouvoir être incriminé, car deux ou trois jours après, au niveau d'une légère coupure due à cet instrument, apparurent quelques squames blanchâtres occupant environ la surface d'une pièce de cinquante centimes.

En quelques semaines, la peau prend à ce niveau une coloration rouge-brun et les poils se cassent et tombent. Le malade continuant à se raser, les squames gagnent du terrain, envahissent bientôt tout le menton et commencent à se propager aux joues. Les surfaces squameuses se bordent de cercles rouges, surélevés.

Devant cet état de choses, on essaie successivement des applications de pâte de zinc, de pommade soufrée, d'huile de cade. Mais les lésions semblent ne pas se modifier et progressent toujours.

Vers le 15 octobre, l'affection est généralisée et occupe toute la barbe. Sur certains points rouges, très œdématiés, apparaissent de grosses folliculites agminées, recouvertes de croûtes épaisses, jaunâtres, d'où surgissent çà et là des poils cassés. La région sus-hyoïdienne est envahie. Il n'y a pas de réaction ganglionnaire.

Le 15 novembre, le malade vient à Saint-Louis.

On procède pendant une dizaine de jours à des applications humides iodo-iodurées, qui provoquent la chute des croûtes et atténuent notablement les phénomènes inflammatoires.

Le 28 novembre, on fait une première application de rayons X. La joue droite et la région sous-maxillaire correspondante sont traitées en quatre séances (5 H par secteur). Le 29 novembre, on traite le menton et la région sus-hyoïdienne en deux séances : la joue gauche et la région sous-maxillaire correspondante en quatre séances.

Le 6 décembre apparaît sur l'ensemble un léger érythème. Les lésions sont moins douloureuses, mais l'infiltration persiste, surtout du côté gauche. On fait quelques pansements humides.

Le 12 décembre, on note une légère réaction. Les poils commencent à tomber.

Le 14 décembre, presque tous les poils cèdent à la plus minime traction.

Le 17 décembre, les surfaces traitées sont recouvertes de colle de zinc. On réussit ainsi à provoquer une épilation rapide et complète lors de l'arrachement des lambeaux de colle desséchée, pratiqué le lendemain. Quelques pustules sont ouvertes au galvanocautère.

Le 24 décembre, l'état local est excellent. Il ne persiste plus qu'un peu de rougeur diffuse de la peau. Le malade quitte le service, considéré comme guéri.

CONCLUSIONS

La Radiothérapie, grâce aux perfectionnements qu'elle comporte aujourd'hui, offre toutes les garanties nécessaires pour permettre de traiter sans danger les *folliculites* et les *sycosis simples* ou *parasitaires*, de la barbe et de la moustache.

Un examen attentif de la lésion, la détermination exacte de la dose nécessaire au traitement, un appareillage sûr dont le maniement sera bien connu, mettent à l'abri de tout accident fâcheux.

L'action des Rayons X permet d'abréger considérablement la durée du traitement :

1° Par l'épilation en masse, de longue durée, obtenue sans douleur aucune, et sans perte de temps pour le malade.

2° Par les phénomènes d'ordre réactionnel, qui semblent influencer favorablement les lésions, sans qu'il soit possible de déterminer exactement la manière dont ils agissent.

3° Par la facilité même avec laquelle les réinoculations sont évitées.

4° Par la rareté des récidives, si l'on observe les précautions sur lesquelles nous insistons dans ce travail.

Enfin, l'action bienfaisante des Rayons X atténue rapidement et fait disparaître bientôt les phénomènes subjectifs douloureux présentés par le malade.

Il résulte de nos expériences que la radiothérapie employée seule, à l'exclusion de tout autre agent thérapeutique, agit moins vite, et ne met pas à l'abri des réinoculations et des récidives.

Il importe donc de combiner avec l'action des Rayons X, et suivant les nécessités, les divers agents physiques et médicamenteux. Cette combinaison donne des résultats qu'il serait impossible d'obtenir avec l'un de ces modes de traitement agissant séparément.

C'est ainsi que l'on devra employer certains topiques :

1° Au début : pour calmer l'irritation et nettoyer les surfaces à traiter;

2° Au cours du traitement : pour assurer la propreté et l'antisepsie des surfaces malades, et pour protéger les régions voisines;

3° Dans la suite, en attendant la repousse, pour éviter toute récidive.

L'hygiène générale du malade ne devra jamais être négligée. Quant à la médication interne, elle peut devenir, dans certains cas rebelles et invétérés, un auxiliaire précieux de la radiothérapie.

Le traitement radiothérapique ainsi compris, s'applique avantageusement à tous les cas de sycosis simples ou parasitaires. Il nous paraît absolument indiqué dans les cas suivants :

1° Sycosis trichophytiques ou faviques, quelle que soit la variété de l'agent parasitaire et le mode de réaction cutanée;

2° Sycosis simples staphylococciques, généralisés ou très étendus;

3° Sycosis rebelles et récidivants, et en particulier ceux de la lèvre supérieure, sans oublier pour ces derniers l'importance capitale d'un traitement nasal concomitant;

4° Sycosis lupoïde.

Mais, si l'épilation passagère, obtenue par simple sidération papillaire, permet d'obtenir la guérison de la majeure partie des sycosis, il peut être utile, dans certains cas, de pousser plus loin la réaction et de rechercher l'alopécie définitive par atrophie papillaire : cette façon d'agir, qui exige beaucoup de prudence pour éviter toute atrophie cutanée consécutive, paraît être le seul mode de traitement des sycosis rebelles, récidivant régulièrement lors de la repousse des poils.

Vu par le président de la thèse :

GAUCHER.

Vu :

Le Doyen : L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERS-SCHÖNBERG. — Roentgenbehandlung bei sycosis parasitaria. *A. f. D.*, janvier 1910, p. 469.

BADIN. — Sycosis non parasitaire de la moustache traité par les rayons X. *Gazette hebdomadaire des Sociétés médicales de Bordeaux*, 12 janvier 1908, p. 17.

BELOT. — *Traité de radiothérapie.* Paris, G. Steinheil, 1905.

BORMANN. — *Traitement du sycosis de la barbe par les rayons X.* Société de syphiligraphie et de dermatologie. Tarnowski de Saint-Pétersbourg, 25 août et 8 mai 1909.

BROCQ. — *Traité élémentaire de dermatologie pratique.* Paris, 1907, tome I.
— *Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques.* Paris, 1898.
— et P. FERNET. — Traitement des folliculites rebelles et récidivantes de la barbe par le goudron de houille brut. *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, février 1909.

CADOUL. — Traitement de certaines dermatoses par le goudron de houille brut. *Thèse*, Paris, 1909.

CASTEX. — *Précis d'électricité médicale.* Paris, 1907.

DADE. — Sycosis, showing the disastrous result of X ray treatment. *Journal of cut. diseases.* New-York, octobre 1909, p. 456.

DARBOIS. — Traitement des folliculites suppurées récidivantes des narines et de la lèvre supérieure. *Archives nationales de laryngologie*, 1908, n° 2.

DARIER. — *Précis de dermatologie.* Paris, 1909.

DUMONT. — Sycosis non parasitaire, traité par la méthode des scarifications. *Annales de dermatolologie et syphiligraphie*, novembre 1901, p. 989.
— Sycosis non parasitaire traité par la méthode des scarifications combinées à l'application de topiques antiseptiques humides. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, décembre 1902, p. 1159.

ENGMAN. — La vaccinothérapie dans certaines affections cutanées. *Journal of cut. diseases*, vol. XXVIII, n° 11, novembre 1910.

FOX. — Sycosis treated by the X ray. *Journal of cut. diseases*, juillet 1903, p. 323.
— Sycosis treated by the X ray. *Journal of cut. diseases*, octobre 1908, p. 414.
— Sycosis cured by the X ray. *Journal of cut. diseases*, août 1909, p. 357.
— Sycosis successfully treated by serotherapy. *British medical Journal*, 14 décembre 1907, p. 1714.

FREUND. — Traitement du sycosis et du favus par les rayons X. *Société médicale de Vienne*, 2 juin 1899.

— Fähle von sycosis simplex mit Rötgenstrahlen behandelt. *A. f. D.*, 1902, tome LXVI, n° 1, p. 200.

— *Traité de Radiothérapie*, 1903.

GASTOU, VIEIRA et NICOLAU. — Teignes et sycosis. *Société française de Dermatologie*, 3 juin 1903, 4 juillet 1902, février 1904.

GAUCHER. — Traité des maladies de la peau, 1907, in *Traité de Médecine et de Thérapeutique Brouardel et Gilbert.*

GILDERSLEEVE. — A case of sycosis vulgaris treated by opsonic therapie. *Journal of cut. diseases*, juillet 1907.

HÉBERT. — Sycosis lupoïde, traitement radiothérapique, guérison en deux mois. *Revue médicale de Normandie*, 25 décembre 1908.

HEYERDAHL. — Sycosis non parasitaria barba hilbredet med rœntgenstraalen. *Tiddst f. od. Mosske Lægeforen*, février 1902.

KIRCHBAUER. — Behandlung der furunculose und folliculitis mit Hefepräparaten. *Deutsch med. Woch.*, 1905, n° 18.

LENGLET. — L'emploi des rayons X en dermatologie. *Comptes rendus du Congrès de Budapest*, 29 août-4 septembre 1909.

LEREDDE et PAUTRIER. — *Photothérapie et Photobiologie*. Paris, 1903.

LUTEMBACHER. — Traitement du sycosis trichophytique par l'acétone iodée. *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 mars 1910, p. 107.

MÉRET. — Folliculite de la barbe guérie après deux récidives par la Radiothérapie. *Société de Radiologie*, 11 janvier 1910.

NOGIER. — Des indications de la radiothérapie. *Lyon Médical*, 8 septembre 1907.

PUSEY (A.). — Acne and sycosis treated by exposures to Roentgen-rays. *Journal of cut. diseases*, 1901, 1902, p. 204.

RENAUD-BADET. — Vaccinothérapie par vaccins autogènes obtenus d'après la méthode de Wright (acné, furonculose, sycosis, etc.). *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 21 avril 1911.

RESCHETILLO. — Sycosis de la barbe traité par les rayons Röntgen. *Société dermatologique de Moscou*, 14 décembre 1906.

REYN. — Favus et folliculite de la barbe traités par les rayons X. *Société danoise de Dermatologie*, 1er mars 1907; *D. Z.*, décembre 1907; page 768.

REYN. — *Traité des maladies cutanées par les rayons X. Hospitalitidender*, 18 août 1909.

RINEHART. — Treatment of epithelial skin-cancers and sycosis non-parasitica with the X rays. *Phila. med. Journal*, 1902, IX, p. 221-222.

SABOURAUD. — *Dermatologie topographique*. Paris, 1905.

— *Les Teignes*. Paris.

— De la radiothérapie des teignes : des critiques qu'on lui a faites, des accidents qu'elle peut causer et des moyens de les prévenir. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1909.

SCHERBER. — Zur Röntgenbehandlung der sycosis simplex.

Schiff (E.). — Behandlung von sycosis und ekzem mit Röntgenstrahlen. *Klin. therap. Woch.*, 25 juin 1899, p. 851.

Schiff et Freund. — Sykosis behandelt mit Röntgenstrahlen. *An. f. D.*, 1900, t. LII, p. 402.

Schoemaker. — Immunisation of cases of furonculosis, acne and sycosis. Bacteriol. vaccines of staphylococcis strains. A Technique for their preparation. *Proceedings of the pathological Society of Philadelphia*, avril-mai, 1908, p. 128.

Schomberg. — A case of sycosis cured by the vaccinia method. *Transactions of the American dermatological Association*, Philadelphia, 3-5 juin 1909, p. 275.

Sellei. — Traitement des sycosis par le vaccin. *Gyogyaszat*, 1910, n° 12.
— Die aktive immunisierung bei akne, furonkulose und sykosis. *Wiener klin. Woch.*, 1909, n° 43, p. 1485.

Spiegler. — Sycosis mit Röngenstrahlen behandelt. *A. f. D.*, 1901, t. LVIII, p. 131.

Wright. — On the treatment of acne, furonculosis and sycosis by therapeutic inoculation of staphilococcus vaccine. *British medical Journal*, 7 mai 1904, p. 1075.

Zechmeister. — Beitrag zur Radiotherapie der sycosis Hyphogenes. *M. f. p. D.*, 1er avril 1901.

Zeckendorf. — Zur Therapie der Sycosis. *Klin. therap. Woch.*, 1902, n° 20.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 7775.